

# Εξουσιοδότηση Ιατρού

Ο / Η κάτωθι υπογεγραμμένος /η ..... ως μέλος του σωματείου Open Health Alliance με αρ. Μητρώου 29003, το οποίο έχει συσταθεί με την υπ' αριθμόν 3033 απόφαση του Πρωτοδικείου Αθηνών ορίζω τον/την κ. .... ως πληρεξούσιο αντιπρόσωπο μου.

Ο /Η εξουσιοδοτούμενος θα έχει την εξουσία και δικαίωμα να παραστεί στην Γενική Συνέλευση του σωματείου Open Health Alliance της 12/11/2022 ή / και σε κάθε επαναληπτική με θέματα

1. Έγκριση ή μη πεπραγμένων 10/2017 - 10/2022
2. Έγκριση ή μη Οικονομικού Απολογισμού 10/2017 - 10/2022
3. Προγραμματισμός δράσεων για τη διετία 2023-2024
4. Αρχαιρεσίες για την εκλογή Διοικητικού Συμβουλίου (τακτικών μελών & αναπληρωματικών μελών), και Εξελεγκτικής Επιτροπής.
5. Διάφορα θέματα, εισφορές μελών και ανακοινώσεις

Η συνέλευση θα λάβει στα γραφεία της 'ΟΜΜΑ Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Αθηνών Α.Ε.' επί της οδού Κατεχάκη 74, 11525, Αθήνα, σύμφωνα με την από 12/10/2022 πρόσκληση του διοικητικού συμβουλίου.

Για την εκτέλεση και περαίωση των ως άνω εξουσιών και δικαιωμάτων ο ανωτέρω εκπρόσωπος , σε περίπτωση κωλύματος του , έχει το δικαίωμα να διορίζει με έγγραφη εξουσιοδότηση άλλον εκπρόσωπό του στη συγκεκριμένη συνέλευση.

Ο ως άνω Πληρεξούσιος αντιπρόσωπος μου ή ο υπό αυτού οριζόμενος πληρεξούσιος , δύναται να υπογράψει το πρακτικό της συνέλευσης και να ψηφίζει εκπροσωπώντας εμένα ως μέλος του σωματείου .

Υπογραφή