**Plná moc** k zastupování Partnera při zabezpečené elektronické komunikaci s Pojišťovnou

Níže uvedený zmocnitel:

|  |
| --- |
| *Titul*, osobní jméno, příjmení:  |
| Číslo pojištěnce / IČ: |
| Datum narození:  |
| Bydliště:  |
| Kontaktní e-mail:  | Kontaktní telefonní číslo:  |
| (dále jen „Zmocnitel“)  |

tímto zmocňuje:

|  |
| --- |
| Titul, osobní jméno, příjmení:  |
| Datum narození:  |
| Bydliště:  |
| e-mail:  | Mobilní telefonní číslo:  |
| (dále jen „Uživatel“) |

k tomu, aby Zmocnitele coby Partnera Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen „Pojišťovna“) zastupoval při zabezpečené elektronické komunikaci (dále jen „EKK“) s Pojišťovnou,
a to způsobem a za podmínek stanovených Smlouvou o předávání dat uzavřenou mezi Partnerem
a Pojišťovnou a Podmínkami užití EKK v platném znění, včetně možnosti podávat a přijímat veškeré písemnosti elektronickou formou.

Uživatel je zmocněn zastupovat Zmocnitele v plném rozsahu Zmocniteli zpřístupněných služeb pro níže uvedené subjekty:

**Seznam subjektů** (pro které bude zřízen přístup):

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ subjektu**(\* zkratka – viz text pod tabulkou) | **Číslo subjektu**(\* číslo – viz text pod tabulkou) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\* Typ subjektu** = **zkratka požadované úlohy** + číslo subjektu

 **Pojištěnec** = **POJ** + číslo pojištěnce

 **Poskytovatel zdravotních služeb** = **PZS** + IČZ

 **Zaměstnavatel** = **ZAM** + číslo plátce pojistného

**Instituce** = **SI** + IČO (identifikační číslo organizace)

**OSVČ** = **OSVČ** + číslo pojištěnce

**Soudní exekutor** = **SE** + IČO

Tato Plná moc se vystavuje na dobu neurčitou.

Uživatel prohlašuje, že Zmocnitelem udělenou plnou moc přijímá v plném rozsahu.

|  |  |
| --- | --- |
| V…………………dne……………  | V…………………dne…………… |
|  |  |
|  |  |
| Zmocnitel | Uživatel |
|  |  |