**Plná moc**

k zastupování právnické/fyzické osoby při zabezpečené elektronické komunikaci s Pojišťovnou
pro VZP Point – pro Partnera

Níže uvedený zmocnitel:

|  |
| --- |
| Název / jméno, příjmení, titul: |
| IČO / číslo pojištěnce nebo datum narození[[1]](#footnote-1):  |
| Sídlo / adresa místa podnikání / adresa trvalého bydliště:  |
| kterého zastupuje/jí:  |
| (dále jen „Zmocnitel“)  |

tímto zmocňuje:

|  |
| --- |
| Název / jméno, příjmení, titul:  |
| IČO / číslo pojištěnce nebo datum narození[[2]](#footnote-2):  |
| Sídlo / adresa místa podnikání / adresa trvalého bydliště:  |
| Zapsaná v  |
| kterou zastupuje/jí:  |
| (dále jen „Zmocněnec“)  |

k tomu, aby Zmocněnec, jako „Partner“, zastupoval Zmocnitele při zabezpečené elektronické komunikaci (dále jen „EKK“) se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „Pojišťovna“), a to způsobem a za podmínek stanovených Smlouvou a Podmínkami užití zabezpečené elektronické komunikace VZP ČR v platném znění, včetně možnosti podávat a přijímat veškeré písemnosti elektronickou formou, a aby za tím účelem jako Partner uzavřel s Pojišťovnou Smlouvou o předávání dat pro VZP Point.

Zmocněnec 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) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\* Vyberte požadovaný typ subjektu (zkratku) a přiřaďte příslušné identifikační číslo.

**Zaměstnavatel** = ZAM + číslo plátce pojistného (IČO + číslo org. jednotky)

**Poskytovatel zdravotních služeb** = PZS + IČZ (identifikační číslo zařízení)

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

**OSVČ** = OSVČ + číslo pojištěnce (např. RČ)

**Soudní exekutor** = SE + IČO (identifikační číslo osoby)

Tato Plná moc se vystavuje na dobu neurčitou. Pro účely EKK s Pojišťovnou je Zmocněnec oprávněn dále zmocnit konkrétní fyzické osoby, které budou Uživateli EKK.

Zmocněnec prohlašuje, že Zmocnitelem udělenou Plnou moc přijímá v plném rozsahu.

|  |  |
| --- | --- |
| V…………………dne……………  | V…………………dne…………… |
| Zmocnitel | Zmocněnec |

1. Číslo pojištěnce uvádět, pokud je partner pojištěncem VZP ČR, v opačném případě uvádět datum narození. [↑](#footnote-ref-1)
2. Číslo pojištěnce uvádět, pokud je partner pojištěncem VZP ČR, v opačném případě uvádět datum narození. [↑](#footnote-ref-2)