**Plná moc** k zastupování Partnera Uživatelem při zabezpečené elektronické komunikaci s Pojišťovnou
pro VZP Point

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 „Partner“)  |

tímto zmocňuje:

|  |
| --- |
| Jméno, příjmení, titul: |
| Datum narození:  |
| Číslo pojištěnce, resp. rodné číslo: |
| Adresa trvalého bydliště:  |
| E-mail (Přihlašovací jméno): |
| Číslo mobilního telefonu: |
| (dále jen „Uživatel“) |

k tomu, aby zastupoval Partnera při zabezpečené elektronické komunikaci (dále jen „EKK“) se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „Pojišťovna“), a to způsobem a za podmínek stanovených Smlouvou o předávání dat pro VZP Point, uzavřenou mezi Partnerem a Pojišťovnou, a Podmínkami užití zabezpečené elektronické komunikace VZP ČR v platném znění. Uživatel je zmocněn využívat EKK s Pojišťovnou jménem Partnera, a to prostřednictvím Uživatelského účtu Uživatele.

Uživatel je zmocněn zastupovat Partnera v plném rozsahu Partnerovi 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.

Uživatel prohlašuje, že Partnerem udělenou Plnou moc přijímá v plném rozsahu.

|  |  |
| --- | --- |
| V…………………dne……………  | V…………………dne…………… |
| Partner | Uživatel |

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