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

Níže uvedený zmocnitel:

|  |  |
| --- | --- |
| Název: | |
| IČO: | |
| Sídlo: | |
| Zapsaná v | |
| Kterou zastupuje/jí: | |
| Kontaktní e-mail: | Kontaktní telefon/mobil: |
| (dále jen „Zmocnitel“) | |

tímto zmocňuje:

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, osobní jméno, příjmení: | |
| Datum narození: | |
| Bydliště: | |
| Kontaktní e-mail: | Kontaktní telefon/mobil: |
| (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 |