**ŽÁDOST O REGISTRACI**

**Partnera do systému e-VZP**

**Č. (doplňuje pojišťovna)**

**(dále jen „Žádost“)**

**Partner:**

|  |
| --- |
| Název / jméno, příjmení, titul: |
| Sídlo / adresa místa podnikání / adresa trvalého bydliště: |
| IČO / číslo pojištěnce nebo datum narození[[1]](#footnote-2): |
| Zapsaný v: |
| Jméno a příjmení osoby (osob) oprávněné k uzavření Smlouvy: |
| Telefonní číslo / e-mailová adresa: |

Seznámil/a jsem se s aktuálním zněním Podmínek a textu Smlouvy

(Podmínky a text Smlouvy jsou dostupné na stránkách www.vzp.cz v části „e-VZP“)

**Přílohy:**

Příloha Žádosti o registraci Partnera do systému e-VZP

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

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

V ………………………… dne …………

Podpis Partnera: ………………………….

**Příloha**

**Žádosti o registraci Partnera do systému e-VZP** **č. (doplňuje pojišťovna)**

**Partner**

|  |
| --- |
| Název / jméno, příjmení, titul: |
| IČO / číslo pojištěnce nebo datum narození[[2]](#footnote-3): |

**Uživatel (osoba oprávněná k elektronické komunikaci):**

|  |
| --- |
| Jméno, příjmení, titul: |
| Datum narození: |
| Číslo pojištěnce, resp. rodné číslo: |
| Adresa trvalého bydliště: |
| E-mail (tj. přihlašovací jméno): |
| Číslo mobilního telefonu: |
| Kontaktní adresa: |

**Způsob převzetí Aktivačního klíče Uživatelem:**

Osobně na pobočce

Poštou na kontaktní adrese

Stávající uživatel, aktivační klíč nebude předáván

**Zřídit přístup včetně B2B** *(pouze pokud vlastníte software B2B, přístup pouze komerčním certifikátem, není určeno pro OSVČ a pojištěnce)*

Ano

**Seznam Subjektů (pro které bude zřízen přístup, pokud není uvedeno v plné moci):**

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

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

Typ Subjektu: **ZAM** (Zaměstnavatel) Číslo Subjektu = **IČO** (číslo plátce pojistného + číslo org. jednotky)

Typ Subjektu: **PZS** (Poskytovatel zdravotních služeb) Číslo Subjektu = **IČZ** (identifikační číslo zařízení)

Typ Subjektu: **SI** (Instituce) Číslo Subjektu = **IČO** (identifikační číslo organizace)

Typ Subjektu: **OSVČ** Číslo Subjektu = **číslo pojištěnce** (např. RČ)

Typ Subjektu: **SE** (Soudní exekutor) Číslo Subjektu = **IČO** (identifikační číslo osoby)

Datum:

Podpis Partnera: ………………………….

Datum:

Podpis Uživatele: ………………………

1. Číslo pojištěnce uvádět, pokud je partner pojištěncem VZP ČR, v opačném případě uvádět datum narození. [↑](#footnote-ref-2)
2. Číslo pojištěnce uvádět, pokud je partner pojištěncem VZP ČR, v opačném případě uvádět datum narození. [↑](#footnote-ref-3)