**Žádost o zřízení zabezpečené**

**elektronické komunikace s VZP ČR**

**Partner:**

|  |
| --- |
| Název / jméno, příjmení, titul: |
| Sídlo / adresa bydliště: |
| IČ/RČ: |
| Osoba/y oprávněná/é k podpisu smlouvy + funkce: |
| Telefon: E-mail: |

**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.**

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

**OSVČ** = **OSVČ** + číslo pojištěnce (např. RČ) **Soudní exekutor** = **SE** + IČO (identifikační číslo osoby)

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

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

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

|  |
| --- |
| Jméno, příjmení, titul: |
| Datum narození: |
| Mobilní telefon: E-mail: |
| Kontaktní adresa: |

**Uveďte, jakým způsobem si přejete převzít Aktivační klíč:**

[ ]  Osobně na pobočce

[ ]  Zasláním na uvedenou kontaktní adresu

**Předložené doklady prokazující zastoupení partnera uživatelem:**

[ ]  Plná moc

**Předložené doklady ověřil pracovník VZP ČR** (vyplní pracovník VZP ČR):

Jméno, příjmení:

Přílohy:

[ ]  Plná moc

**V…………Dne………… Podpis partnera/zástupce:**