

PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný/á
narozena
bytem
číslo OP
statutární zástupce plátce
IČ
sídlem

zmocňuji

pana/paní
narozeného/narozenou
bytem
číslo OP

- K předložení dokladů ke kontrole plnění povinností plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění č.*
- K předložení dokladů ke kontrole, k převzetí a podpisu zprávy o výsledku kontroly č.*
- K zastupování ve správním řízení vedeném VZP ČR se zmocnitelem navazující na kontrolu č., k zastupování ve věci žádosti o odstranění tvrdosti a žádosti o splátkový kalendář a k zastupování ve věci předepsání dlužného pojistného a penále výkazem nedoplatků - úkony následně navazující na kontrolu č. *

.....
Zmocnitel

Plnou moc přijímám.

V dne

.....
Zmocněnec

* nehodící se škrtněte

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.