

Plná moc

Já, níže podepsaný/á:

Narozen/a:

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.

Podpis zmocnitele

Plnou moc přijímám

V

dne

Podpis zmocněnce

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.