

## PLNÁ MOC

**Zmocnitel:**

Jméno, příjmení, titul:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Zmocnitel je oprávněný zástupce zdravotnického zařízení:

Se sídlem:

Identifikační číslo organizace:

**Zmocněnec:**

Jméno, příjmení, titul:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Zmocněnec je oprávněný zástupce organizace:

Se sídlem:

Identifikační číslo organizace:

Níže podepsaný zmocnitel dává tímto plnou moc zmocněnci k zastupování při komunikaci se všemi zdravotními pojišťovnami v souvislosti s činností zmocnitelovy firmy s přiděleným IČ, včetně možnosti podávat a přijímat písemnosti elektronickou formou s užitím zmocněnčova vlastního elektronického podpisu prostřednictvím Portálu ZP. Obě strany souhlasí, aby OZP předávala zúčtovací zprávy zmocnitele nadále pouze klasickou poštou na adresu zmocnitele.

Zmocnění se vydává na dobu neurčitou. Výpověď zmocnění je účinná dnem doručení druhé straně a také ZP. Toto zmocnění je vyhotoveno ve třech stejnopisech, pro zmocnitele, zmocněnce a ZP. Zmocněnec prohlašuje, že zmocnitelem udělenou plnou moc přijímá v plném rozsahu.

V

Dne

Podpis a razítko zmocnitele

V

Dne

Podpis a razítko zmocněnce