



PLNÁ MOC PRO PORTÁL ZP (pro zaměstnavatele)

Já, níže podepsaný

Jméno, příjmení, titul:

Bytem:

Oprávněný / statutární zástupce zaměstnavatelského subjektu (uvedte název firmy dle obchodního rejstříku):

Se sídlem:

IČ:

(dále jen „zmocnitel“)

z m o c ň u j i

Osobu:

Jméno, příjmení, bydliště (jméno a příjmení musí souhlasit s údaji uvedenými v digitálním certifikátu zmocněnce):

Rodné číslo:

E-mail:

Telefon:

Firmu:

Jméno a příjmení zástupce firmy (jméno a příjmení zde uvedeného zástupce firmy musí souhlasit s údaji uvedenými v digitálním certifikátu zmocněnce uvedené v digitálním certifikátu):

Obchodní jméno:

Se sídlem:

IČ:

E-mail:

Telefon:

(dále jen „zmocněnec“)

k odesílání

- Přehledů o platbě pojistného na zdravotní pojištění,
- Hromadných oznámení zaměstnavatele,
- a případně dalších agend zaměstnavatelských subjektů předávaných v budoucnu elektronickou formou prostřednictvím Portálu ZP níže uvedeným zdravotním pojišťovným (ZP).

Zároveň jej zmocňuji k přebírání zpráv, dotýkajících takto elektronickou formou předaných dokumentů, například

- k prohlížení již předaných Přehledů o platbě pojistného v různých obdobích
- k prohlížení již předaných Hromadných oznámení dle období a či údajů o pojištěncích
- k prohlížení Přehledu evidovaných plateb
- k prohlížení Vyúčtování
- k přebírání chybových sestav k Přehledům o platbě pojistného a Hromadným oznámením
- a případně dalších agend poskytovaných v budoucnu Portálem ZP zaměstnavatelským subjektům prostřednictvím Portálu ZP.

Obě strany výslovně souhlasí, že zdravotní pojišťovny, níže uvedené, které jsou sdružené v Portálu ZP, budou předávat takovéto zprávy elektronickou cestou pouze zmocněnci na základě tohoto zmocnění.

Toto zmocnění se pořizuje ve třech stejnopisech, z nichž každý z účastníků obdrží jedno a zbývající obdrží zmocnitelem vybraná zdravotní pojišťovna. Zmocnitel toto zmocnění vydává a zmocněnec jej přijímá na dobu neurčitou. Odvolání zmocnění či jeho výpověď je účinná od okamžiku doručení druhé straně a též příslušné ZP.

Seznam zdravotních pojišťoven, které jsou sdruženy v Portálu ZP:

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)

Před odesláním této vyplněné plné moci na Vámi vybranou ZP podejte prosím žádost o registraci prostřednictvím Portálu ZP Vámi vybrané ZP a vyplňte níže uvedenou tabulku. Urychlíte tím proces registrace. Číslo podání Vám sdělí Portál ZP po přijetí žádosti, identifikační číslo (ID) klienta je umístěno v rohu obrazovky při přihlášení do Portálu ZP.

ID klienta:	
Číslo podání pro jednotlivé ZP:	
ČPZP	
OZP	
RBP	
VoZP	
ZPŠ	

V:
Dne:

razítko a podpis zmocnitele

Shora uvedené zmocnění přijímám:

razítko a podpis zmocněnce

Tuto plnou moc zašlete na libovolnou z adres uvedenou zde:
<http://www.portalzp.cz/jak-se-stat-uzivatelem-pzp#adr>