

Kontrolní číslo - číslo informační výměny:					
Číslo E-identity:					
Datum:					
Vyřizuje:					

## Plná moc

Určená pro:

**Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,**  
Roškotova 1225/1, PSČ 140 21 Praha 4, IČ 47114321, zapsanou v obchodním rejstříku u Městského  
soudu v Praze, oddíl A, vložka 7232 (dále jen „OZP“)

Já,

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo (datum narození)

**uděluji tímto plnou moc panu/paní:**

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo (datum narození)

**k tomu, aby mým jménem užíval/a zpřístupněné aplikace VITAKARTY v plném rozsahu, zejména aby nahlížel/a do mých zdravotních záznamů v aplikaci VITAKARTA, reklamoval/a uhrazené zdravotní služby, editoval/a mé identifikační údaje, požádal/a o vydání potvrzení o bezdlužnosti, podal/a za mě přehled OSVČ a činil/a další úkony, které VITAKARTA umožňuje.**

**Tuto plnou moc uděluji s platností**

Od	DO (pokud chcete udělit plnou moc na dobu neurčitou, toto pole nevyplňujte)

Upozornění:

- Tuto plnou moc můžete podepsat:
  - a) před pracovníkem klientského centra OZP, kterému plnou moc potom předáte (v tomto případě nevyžadujeme úřední ověření plné moci), **nebo**
  - b) s úředním ověřením před matrikou nebo notářem nebo na kontaktním místě Czech POINT a poté jí zašlete OZP.
- Tuto plnou moc lze kdykoli písemně odvolat, a to poštou na adresu sídla OZP, datovou schránkou nebo e-mailem se zaručeným el. podpisem.
- Zplnomocněnec musí být registrovaným uživatelem VITAKARTY.

Dne: \_\_\_\_\_

Podpis klienta: \_\_\_\_\_