OZP OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ

# P L N Á  M O C

**Zmocnitel:**

Jméno, příjmení, titul:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Telefon: E-mail:

Zmocnitel je oprávněný zástupce zaměstnavatele:

Se sídlem:

IČO organizace:

**Zmocněnec:**

Jméno, příjmení, titul:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Telefon: E-mail:

Zmocněnec je oprávněný zástupce organizace:

Se sídlem:

IČO 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 IČO, včetně možnosti podávat a přijímat veškeré písemnosti elektronickou formou s užitím zmocněncova vlastního elektronického podpisu prostřednictvím Portálu ZP. Obě strany výslovně souhlasí, aby OZP předávala zúčtovací zprávy zmocnitele elektronickou cestou prostřednictvím Portálu ZP pouze zmocněnci.

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

*Tisk formuláře* *Uložení formuláře*