**PLNÁ MOC - zasílání přehledů o platbách pojistného a HOZ ZAMĚSTNAVATELů**

**Já, níže podepsaný:**

jméno, příjmení, titul:

bytem:

oprávněný / statutární zástupce zaměstnavatelského subjektu:

(uveďte název firmy dle obchodního rejstříku):

se sídlem:

IČO:

(dále jen „zmocnitel“)

# z m o c ň u j i

**osobu:**

jméno, příjmení, titul:

bydliště:

rodné číslo:

e-mail: telefon:

**firmu:**

jméno a příjmení zástupce firmy:

obchodní jméno:

se sídlem:

IČO:

e-mail: telefon:

(dále jen „zmocněnec“)

k odesílání

* Přehledů o platbě pojistného na zdravotní pojištění
* Hromadných oznámení zaměstnavatele

Zároveň jej zmocňuji k přebírání zpráv, týkajících se 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 nebo údajů o pojištěncích
* k prohlížení Přehledu evidovaných plateb
* k prohlížení Vyúčtování
* k přebírání chybových sestav k Přehledům o platbě pojistného a Hromadným oznámením

Obě strany výslovně souhlasí, že RBP, zdravotní pojišťovna bude 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 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 ZP.

V:

Dne:

--------------------------------------------------- razítko a podpis zmocnitele

Shora uvedené zmocnění přijímám

--------------------------------------------------

razítko a podpis zmocněnce