**PLNÁ MOC**

Já, pojištěnec RBP, zdravotní pojišťovny,

|  |
| --- |
| **Identifikační údaje zmocnitele – pojištěnce RBP, zdravotní pojišťovny** |
| Jméno: |  |
| Příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |

(dále jen „**Zmocnitel**“)

 ***tímto zmocňuji***

|  |
| --- |
| **Identifikační údaje zmocněnce – osoby jednající za pojištěnce** |
| Jméno: |  |
| Příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |

(dále jen „**Zmocněnec**“)

k veškerým právním jednáním a jednáním souvisejících se zajištěním potvrzení **RBP, zdravotní pojišťovny**, se sídlem Michálkovická 967/108, 710 00, Slezská Ostrava, IČO 47673036 (dále jen „**RBP**“), o přidělení zdravotnického prostředku pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo zdravotnického prostředku pro domácí plicní umělou ventilaci Zmocniteli ve smyslu § 8 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „**Potvrzení**“).

Zmocněnec je zejména oprávněn za Zmocnitele o Potvrzení RBP požádat a jeho písemné či jiné vyhotovení od RBP převzít.

Zmocněnec není oprávněn se v rozsahu této plné moci nechat zastoupit jiným zmocněncem.

V ………………….., dne …………

 **Zmocnitel**

|  |
| --- |
| Podpis:  …………………………………… |
| Jméno a příjmení:…………………………………… |