

# PLNÁ MOC

Já, níže podepsaný/á .....  
narozen/a .....  
bytem .....  
číslo OP .....  
statutární zástupce plátce .....  
IČ .....  
sídlem .....

## zmocňuji

pana/paní .....  
narozeného/narozenou .....  
bytem .....  
číslo OP .....

- K předložení dokladů ke kontrole plnění povinností plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění č. ....\*
- K předložení dokladů ke kontrole, k převzetí a podpisu zprávy o výsledku kontroly č. ....\*
- K zastupování ve správním řízení vedeném VZP ČR se zmocnitelem navazující na kontrolu č. ...., k zastupování ve věci žádosti o odstranění tvrdosti a žádosti o splátkový kalendář a k zastupování ve věci předepsání dlužného pojistného a penále výkazem nedoplatků - úkony následně navazující na kontrolu č. .... \*

.....  
Zmocnitel

Plnou moc přijímám.

V ..... dne .....

.....  
Zmocněnec

\* nehodící se škrtněte

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.