



PLNÁ MOC PRO PORTÁL ZP (pro zaměstnavatele)

Já, níže podepsaný

Jméno, příjmení, titul:

Bytem:

Oprávněný / statutární zástupce zaměstnavatelského subjektu (uvedte název firmy dle obchodního rejstříku):

Se sídlem:

IČ:

(dále jen „zmocnitel“)

z m o c ň u j i

Osobu:

Jméno, příjmení, bydliště (jméno a příjmení musí souhlasit s údaji uvedenými v digitálním certifikátu zmocněnce):

Rodné číslo:

E-mail:

Telefon:

Firmu:

Jméno a příjmení zástupce firmy (jméno a příjmení zde uvedeného zástupce firmy musí souhlasit s údaji uvedenými v digitálním certifikátu zmocněnce uvedené v digitálním certifikátu):

Obchodní jméno:

Se sídlem:

IČ:

E-mail:

Telefon:

(dále jen „zmocněnec“)

k odesílání

- Přehledů o platbě pojistného na zdravotní pojištění,
- Hromadných oznámení zaměstnavatele,
- a případně dalších agend zaměstnavatelských subjektů předávaných v budoucnu elektronickou formou prostřednictvím Portálu ZP níže uvedeným zdravotním pojišťovným (ZP).

Zároveň jej zmocňuji k přebírání zpráv, dotýkajících 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 a či údajů o pojištěncích
- k prohlížení Přehledu evidovaných plateb
- k prohlížení Vyúčtování
- k přebírání chybových sestav k Přehledům o platbě pojistného a Hromadným oznámením
- a případně dalších agend poskytovaných v budoucnu Portálem ZP zaměstnavatelským subjektům prostřednictvím Portálu ZP.

Obě strany výslovně souhlasí, že zdravotní pojišťovny, níže uvedené, které jsou sdružené v Portálu ZP, budou 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 zmocnitelem vybraná 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 příslušné ZP.

Seznam zdravotních pojišťoven, které jsou sdruženy v Portálu ZP:

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (ZP M-A)
- Zdravotní pojišťovna MÉDIA (MÉDIA ZP)

Před odesláním této vyplněné plné moci na Vámi vybranou ZP podejte prosím žádost o registraci prostřednictvím Portálu Vámi vybrané ZP a vyplňte níže uvedenou tabulku. Urychlíte tím proces registrace. Číslo podání Vám sdělí Portál ZP po přijetí žádosti, identifikační číslo (ID) klienta je umístěno v levém dolním rohu obrazovky při přihlášení do Portálu ZP.

ID klienta:	
Číslo podání pro jednotlivé ZP:	
ČPZP	
MÉDIA ZP	
OZP	
RBP	
VoZP	
ZPŠ	
ZP M-A	

V:

Dne:

razítko a podpis zmocnítele

Shora uvedené zmocnění přijímám:

razítko a podpis zmocněnce

Tuto plnou moc zašlete na libovolnou z následujících adres:

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Michal Steiger nebo PaedDr.Václav Šála
Ječná 39
Praha 2
120 00

Oborová zdravotní pojišťovna

Václav Černý
Purkyňova 17
301 36 Plzeň

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Šárka Lichoňová
Michálkovická 108
710 15 Slezská Ostrava

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

Radek Vevera
Sekretariát OI
Drahobejlova 1404/4
P.O.BOX 1
190 03 Praha 9

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Oddělení plateb zaměstnavatelů
Husova 302
293 01 Mladá Boleslav

Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE

Jarmila Paulová
Čermákova 1951
272 01 Kladno

Zdravotní pojišťovna MÉDIA

BO - PZP
Karlovo náměstí 10
120 00 Praha 2