PLNÁ MOC – PREVENTIVNÍ PROGRAMY (bez ověřeného podpisu)

udělená dle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů
(dále jen občanský zákoník)

Já, níže podepsaný[1]:
jméno a příjmení/název/firma:
datum narození/IČO:
trvale bytem/sídlo:
zapsan(á) v:
(dále jen zmocnitel)

tímto zmocňuji[2]:
jméno a příjmení/název/firma:
datum narození/IČO:
trvale bytem/sídlo:
zapsan(á) v:
(dále jen zmocněnec)

k tomu, aby předal[3]:

České průmyslové zdravotní pojišťovně, se sídlem Jeremenkova 161/11, Ostrava-Vítkovice, PSČ 703 00, IČO: 47672234, zapsaná ve veřejném rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl AXIV, vložka 545 (dále jen „**ČPZP**“)

☐ **doklady o úhradě, vystavené na zmocnitele a sdělil číslo bankovního účtu, na které má ČPZP zaslat finanční částku na základě čerpání preventivních programů ČPZP.**

☐ **doklady o úhradě, vystavené na osobu, jejíž je zmocnitel zákonným zástupcem či opatrovníkem (např. nezletilé dítě) a sdělil číslo bankovního účtu, na které má ČPZP zaslat finanční částku na základě čerpání preventivních programů ČPZP, popřípadě aby ČPZP předala zmocněnci věcné plnění z preventivních programů.**

Údaje o osobě, jejíž je zmocnitel zákonným zástupcem či opatrovníkem (např. o nezletilém dítěti):

jméno a příjmení:

datum narození:

Tato plná moc je platná do konce kalendářního roku.
Zmocněnec není oprávněn zmocnit třetí osobu.

V ……., dne ……., …….
Zmocnitel
(PROSTÝ PODPIS)

S touto plnou mocí souhlasím a v plném rozsahu ji přijímám.

V ……., dne ……., …….
Zmocněnec
(PROSTÝ PODPIS)

[1] Nehodící se škrtněte
[2] Nehodící se škrtněte
[3] Zvolenou jednu či více možností označte křížkem