**PLNÁ MOC**

Já, pojištěnec České průmyslové zdravotní pojišťovny,

|  |
| --- |
| **Identifikační údaje zmocnitele – pojištěnce** |
| 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 a všem právním úkonům a jednáním souvisejícím se zajištění potvrzení **České průmyslové zdravotní pojišťovny**, se sídlem Jeremenkova 161/11, Vítkovice, 703 00 Ostrava, IČO 476 72 234, sp. zn. AXIV 545 vedená u Krajského soudu v Ostravě (dále jen „**ČPZP**“), o přidělení zdravotnického prostředku pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo zdravotnického prostředku pro domácí plicní umělou ventilaci Zmocniteli ve smyslu ust. § 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 požádat a jeho písemné či jiné vyhotovení od ČPZP převzít.

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

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zmocnitel**

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