PLNÁ MOC – ŽÁDOST O NÁHRADU NÁKLADŮ / PLÁNOVANÉ LÉČENÍ V ZAHRANIČÍ

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČR 211

Údaje o zmocniteli

Jméno a příjmení		RČ	

Já, výše uvedený tímto uděluji níže uvedené zmocněné osobě plnou moc k podání této žádosti a zastupování mé osoby v řízení o:

- ☐ žádosti o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí.
- ☐ žádosti o předchozí souhlas s úhradou nákladů plánovaného léčení v zahraničí.

Místo

Podpis zmocnitele

Datum

Údaje o zmocněné osobě

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Trvalým bydlištěm v	

Plnou moc přijímám.

Místo

Podpis zmocněnce

Datum

Zpracování osobních údajů je v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR). Zmocněnec i zmocnitel berou na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou sloužit jen pro naplnění účelu vyplývajícího z tohoto formuláře. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových stránkách www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).