

VZOR POTVRZENÍ

O SPLNĚNÍ PODMÍNEK PRO PŘÍZNÁNÍ ZVLÁŠTNÍCH PRÁV ZRANITELNÉHO ZÁKAZNÍKA

Vytiskněte oboustranně.

Vyplněné a podepsané potvrzení je nutným předpokladem pro přiznání postavení zranitelné osoby, určení odběrného místa a následné poskytování zákonné ochrany podle energetického zákona v tomto odběrném místě. Potvrzení předejte dodavateli, který dodává elektřinu do uvedeného odběrného místa.

Části A až D vyplňuje zranitelná osoba nebo její zástupce. Část E vyplňuje lékař.

A. ZRANITELNÁ OSOBA

| | |
|--------------------------------------|--|
| Jméno a příjmení | |
| Datum narození | |
| Adresa trvalého pobytu nebo bydliště | |
| E-mail | |
| Telefon | |

Zástupce zranitelné osoby:

| | |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení | |
| Datum narození | |
| Vztah ke zranitelné osobě | |
| E-mail | |
| Telefon | |

Právnícká osoba zastupující zranitelnou osobu:

| | |
|---|--|
| Obchodní firma nebo název právnické osoby | |
| IČO, bylo-li přiděleno | |
| Vztah ke zranitelné osobě | |
| Jméno a příjmení pověřené osoby | |
| E-mail | |
| Telefon | |

B. URČENÉ ODBĚRNÉ MÍSTO

Musí se jednat o odběrné místo, ve kterém se zranitelná osoba zdržuje a kde bydlí. Niže uvedené údaje zjistíte ze smlouvy o dodávce elektřiny nebo smlouvy o sdružených službách dodávky elektřiny nebo z vyúčtování.

| | |
|---|--|
| Adresa určeného odběrného místa, kde má zranitelná osoba bydliště | |
| Registrační číslo určeného odběrného místa (EAN) | |

C. IDENTIFIKAČNÍ A KONTAKTNÍ ÚDAJE ZÁKAZNÍKA

Zranitelná osoba prohlašuje, že

Zvolte prosím jednu z následujících variant:

je není

zákazníkem, který je stranou smlouvy o dodávce elektřiny nebo smlouvy o sdružených službách dodávky elektřiny do výše uvedeného určeného odběrného místa.

Pokud zranitelná osoba není zákazníkem, uveďte identifikační a kontaktní údaje zákazníka. Tyto kontaktní údaje využije dodavatel a distributor při poskytování ochrany.

| | |
|---|--|
| Jméno a příjmení, anebo obchodní firma nebo název | |
| Datum narození nebo IČO, bylo-li přiděleno | |
| E-mail | |
| Telefon | |

D. PROHLÁŠENÍ ZRANITELNÉ OSOBY

Prohlašuji, že mám bydliště a zdržuji se na adrese uvedeného odběrného místa, kde také využívám některý z prostředků pro terapii nebo prostředků pro kompenzaci onemocnění stanovených nařízením vlády o podmínkách uplatnění zvláštních práv zranitelného zákazníka. Prohlašuji, že neuplatňuji práva zranitelného zákazníka k jinému než výše uvedenému odběrnému místu.

Prohlašuji, že jsem uvedl správné, úplné a pravdivé informace. Jsem si vědom toho, že za účelem poskytnutí zákonné ochrany mohou být osobní údaje v nezbytném rozsahu předány krajské pobočce Úřadu práce České republiky nebo orgánu pomoci v hmotné nouzi a provozovateli distribuční soustavy.

| | | |
|---|-----|---------------------------------------|
| V | Dne | Podpis zranitelné osoby nebo zástupce |
| | | |

E. LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

| | |
|--|--|
| Jméno a příjmení lékaře | |
| Identifikační číslo pracoviště poskytovatele zdravotních služeb | |
| Jméno a příjmení, anebo obchodní firma nebo název poskytovatele zdravotních služeb | |
| Adresa zdravotnického zařízení nebo kontaktního pracoviště | |

Potvrzuji, že:

Zvolte prosím jednu nebo obě z následujících variant:

- zranitelná osoba je u mne registrována jako pacient,
 zranitelné osobě jsem předepsal prostředek pro terapii nebo kompenzaci podle nařízení vlády o podmínkách uplatnění zvláštních práv zranitelného zákazníka a zranitelná osoba tento prostředek využívá.

Svým podpisem osvědčuji, že využívání prostředku pro terapii nebo prostředku pro kompenzaci onemocnění, které nelze provozovat bez nepřetržité dodávky elektřiny, je nezbytné pro zachování základních životních funkcí zranitelné osoby.

Toto potvrzení se vydává na dobu:

Zvolte prosím jednu z následujících variant:

- 2 let ode dne vydání tohoto potvrzení, nebo
 kratší stanovenou lékařem do: _____ (uveďte den ve formátu DD.MM.RRRR).

| | |
|-------------------------|-----|
| V | Dne |
| Razítko a podpis lékaře | |