

VZOR POTVRZENÍ O SPLNĚNÍ PODMÍNEK PRO PŘIZNÁNÍ 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. Níže 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: _____ (uved'te den ve formátu DD.MM.RRRR).

V	Dne
Razítko a podpis lékaře	