



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

Osoba, které je poskytována zákonná ochrana:

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
právnícké 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

Podpis zranitelné osoby nebo zástupce:

Dne

.....

E. LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Údaje o lékaři

Jméno a příjmení lékaře

Identifikační číslo pracoviště
poskytovatele zdravotních
služeb

E-mail

Telefon

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:

.....