



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. Část E vyplňuje lékař.

A. Zranitelná osoba

Jméno a příjmení:		Datum narození:	
Adresa trvalého pobytu:			
E-mail:		Telefon:	

Zástupce zranitelné osoby

Jméno a příjmení:		Datum narození:	
Vztah ke zranitelné osobě:			

Právnícká osoba zastupující zranitelnou osobu

Název zařízení:		IČO:	
Vztah ke zranitelné osobě:			

Osoba pověřená jednat jménem právnické osoby, která zastupuje zranitelnou osobu

Jméno a příjmení:	
Funkce:	

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 / 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 (zaškrtněte):

☐ je ☐ není

zákazníkem, který uzavřel smlouvu o dodávce elektřiny nebo smlouvu 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 nebo název:		Datum narození nebo IČO:	
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 úřadu práce nebo orgánu pomoci v hmotné nouzi a provozovateli distribuční soustavy.

Zranitelná osoba nebo zástupce:

Místo:		Dne:	
--------	--	------	--

Podpis

E. Lékařské potvrzení

Jméno a příjmení lékaře:	
Evidenční číslo:	
Název pracoviště:	
Adresa pracoviště:	

Potvrzuji, že:

Zvolte prosím jednu nebo obě z následujících variant:

- ☐ zranitelná osoba je u mě registrovaná 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: (uvedte den ve formátu DD.MM.RRRR)

Lékař:

Místo:		Dne:	
--------	--	------	--

Razítko a podpis lékaře