

# Žiadosť č.: 103006743 o poskytnutie eSlužby typ: ZAM Prehľad

Obchodné meno: Stredná odborná škola dopravná, Rosinská cesta 2,  
Sídlo: ROSINSKÁ 2 ŽILINA 01008 SK  
Zastúpená  
Titul Meno a Priezvisko, pozícia: Ing. Mária Vítová PhD. , riaditeľka  
IČO: 00651117 Variabilný symbol: 0065111700

(ďalej len „žiadateľ“)

žiada

Všeobecnú zdravotnú poisťovňu , a.s.,

Sídlo: PANÓNSKA CESTA 2, 85104 BRATISLAVA-PETRŽALKA  
Zapísaná: v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa , vložka č. 3602/B  
Zastúpená: Ing. Richard Strapko, Predseda predstavenstva  
IČO: 35937874

(ďalej len „VšZP“)

o sprístupnenie eSlužby v rozsahu: **ZAM Prehľad (ďalej len „eSlužby“)**, tak ako je táto eSlužba definovaná v časti IV. Všeobecných podmienok ePobočky VšZP pre

Meno a Priezvisko: Katarína Macková  
Rodné číslo: 6354247427  
Používateľské meno (login): 25081973  
Telefón: +421415252021  
Mobil: 0908044114  
E-mail: katarina.mackova@sosdza.sk

(ďalej len „používateľ eSlužby“)

## Vyhlásenie žiadateľa

1. Používateľ je oprávnený zastupovať žiadateľa v rozsahu sprístupnenej eSlužby. Po odvolaní oprávnenia žiadateľom, žiadateľ neodkladne o tejto skutočnosti bude VšZP informovať a preukázateľne požiada o ukončenie eSlužby pre používateľa.
2. Používateľ je taktiež oprávnený preukázateľne požiadať VšZP o ukončenie používania sprístupnenej eSlužby. O ukončení používania eSlužby je povinný používateľ informovať žiadateľa.
3. V prípade nedodržania informačných povinností uvedených v bode 1. a 2. tohto vyhlásenia, VšZP nezodpovedá za prípadné škody, ktoré by vznikli pri poskytovaní eSlužieb a mobilnej aplikácie.
4. Pred podpísaním tejto žiadosti sa žiadateľ a používateľ oboznámili so Všeobecnými podmienkami ePobočky a zaväzujú sa ich dodržiavať.
5. Potvrďujem, že všetky údaje uvedené v tejto žiadosti sú správne a pravdivé.

V Žilina ..... dňa 21.11.2012 .....

.....  
podpis žiadateľa/splnomocnenca

.....  
podpis používateľa

Potvrdenie VšZP o prevzatí žiadosti, poverenia/ plnomocenstva \*) a overení v nich uvedených údajov:

.....  
meno, priezvisko, podpis zamestnanca VšZP

dňa .....

Príloha:

1. Úradne overená plná moc, ak žiadosť o poskytnutie eSlužby nepodpisuje žiadateľ ale ním splnomocnená osoba