

## Plnomocenstvo

Obchodné meno, názov .....

Sídlo .....

IČO .....

Zastúpený štatutárnym zástupcom ..... (meno a priezvisko) .....

(ďalej len „splnomocniteľ“)

### týmto splnomocňujem

Meno a priezvisko: .....

Trvalé bydlisko: .....

číslo OP: .....

(ďalej len „splnomocnenec“)

na elektronickú komunikáciu prostredníctvom ePobočky na internetovom portáli VŠZP v týchto službách:

ZAM Prehľad - prezeranie prehľadov zamestnávateľa \*)

ZAM Podacie miesto - využívanie podacieho miesta na typovanie a podávanie dávok zamestnávateľa \*)

PZS Prehľad - prezeranie prehľadov PZS \*)

PZS Podacie miesto - využívanie elektronickej podateľne na typovanie a podávanie dávok a faktúr \*)

.....  
Podpis splnomocniteľa

Dňa: .....

.....  
Podpis splnomocnenca

\*) nehodiace sa prečiarknite

\*\*) splnomocnenec súhlasí s využitím vyššie uvedených údajov pre účely elektronickej komunikácie s VŠZP