Příloha č. 1

**P o t v r z e n í**

Potvrzuji tímto, že dne ………………………………………………………………………………

byl na mou žádost instalován certifikát umožňující elektronickou komunikaci poskytovatele zdravotních služeb se zdravotní pojišťovnou.

Instalace byla provedena s odbornou pomocí pracovníka ……………………………………,

který také provedl odbornou instruktáž komunikace s Portálem ZP.

Pro ověření komunikace byla odeslána žádost o zpřístupnění služeb Portálu ZP pro tyto zdravotní pojišťovny:

 201 205 207 209 213

Ref. čísla: ………. ………. ………. ………. ……….

*Zároveň tímto prohlašuji, že v dalším období již budu elektronicky komunikovat podle smluvních ujednání se zdravotními pojišťovnami využívajícími Portál ZP.*

V ………………………………….. dne ………………………………..

IČZ: ……………………………………………………………….

Název: ……………………………………………………………….

Jméno odpovědné osoby: ……………………………………………………………….

Razítko a podpis:

Dne: …………………. Smluvní pracovník: ………………………………………….

 Podpis: ………………………………………….

Příloha č. 2

**P o t v r z e n í**

Potvrzuji tímto, že dne ………………………………………………………………………………

byl na mou žádost instalován certifikát umožňující elektronickou komunikaci zaměstnavatele se zdravotní pojišťovnou.

Instalace byla provedena s odbornou pomocí pracovníka ……………………………………,

který také provedl odbornou instruktáž komunikace s Portálem ZP.

Pro ověření komunikace byla odeslána žádost o zpřístupnění služeb Portálu ZP pro tyto zdravotní pojišťovny:

 201 205 207 209 213

Ref. čísla: ………. ………. ………. ………. ……….

*Zároveň tímto prohlašuji, že v dalším období již budu elektronicky komunikovat se zdravotními pojišťovnami (pokud jsou zaměstnanci pojištěni u příslušné zdravotní pojišťovny) využívajícími Portál ZP.*

V ………………………………….. dne ………………………………..

Firma:

IČO: ……………………………………………………………….

Název: ……………………………………………………………….

Jméno odpovědné osoby: ……………………………………………………………….

Razítko a podpis:

Dne: …………………. Smluvní pracovník: ………………………………………….

 Podpis: ………………………………………….