

Příloha č. 1 - Prohlášení zmocněné osoby ke Smlouvě o výpůjčce zdravotnického prostředku č. 1

Prohlašuji, že přejímám níže specifikovaný závazek pojištěnce:

[jméno a příjmení, číslo pojištěnce] (dále jen „Vypůjčitel“), který má na základě uzavřené Smlouvy o výpůjčce zdravotnického prostředku č. 1 vůči

Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, sídlem Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3, IČO: 41197518

(dále jen „Půjčitel“) zastoupené společností:

ResMed CZ s.r.o.

sídlem: Hvězdova 1689/2a IČO: 27073262

(dále jen „Pronajímatel“),

a to neprodleně vrátit předmět výpůjčky specifikovaný článkem II. Smlouvy o výpůjčce, který Vypůjčitel převzal k dočasnému bezplatnému užívání.

Vypůjčený ZP vrátím Půjčiteli prostřednictvím Pronajímatele v případě zániku Smlouvy o výpůjčce nebo v případě vzniku povinnosti Vypůjčitele vrátit vypůjčený ZP Půjčiteli, přičemž tak nebude moci z jakýchkoli důvodů učinit Vypůjčitel osobně.

Tento závazek splním do 30 dnů o zániku Smlouvy o výpůjčce nebo do 30 dnů ode dne vzniku povinnosti Vypůjčitele předmět nájmu vrátit Půjčiteli.

Pan, paní

bytem

datum narození

č. OP

V dne

.....

podpis zmocněné osoby

Kontaktní údaje:

Tel. operačního střediska:	244 471 299 Po – pá 8:30 – 16:30
Kontaktní Pronajímatele:	osoba Tomáš Kubal
Kontaktní e-mail:	servis@resmed.cz