



# Sbírka zákonů a mezinárodních smluv

ČESKÁ REPUBLIKA

---

Zpřístupněna dne 4. června 2024

**Nařízení vlády č. 139/2024 Sb.**

**Nařízení vlády o podmínkách uplatnění zvláštních práv  
zranitelného zákazníka**

## 139

**NAŘÍZENÍ VLÁDY**  
**ze dne 22. května 2024****o podmínkách uplatnění zvláštních práv  
zranitelného zákazníka**

Vláda nařizuje podle § 29 odst. 8 zákona č. 458/2000 Sb., o podmínkách podnikání a o výkonu státní správy v energetických odvětvích a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 469/2023 Sb.:

## § 1

**Předmět úpravy**

Toto nařízení stanoví

- a) prostředky pro terapii a prostředky pro kompenzaci onemocnění,
- b) vzor potvrzení o splnění podmínek pro přiznání zvláštních práv zranitelného zákazníka (dále jen „potvrzení“) a délku jeho platnosti,
- c) vzor písemné dohody o výkonu práv a povinností zranitelné osoby prostřednictvím zákazníka.

## § 2

**Prostředky pro terapii a prostředky  
pro kompenzaci onemocnění**

Prostředky pro terapii a prostředky pro kompenzaci onemocnění jsou uvedeny v příloze č. 1 k tomuto nařízení.

## § 3

**Vzor potvrzení a délka jeho platnosti**

- (1) Vzor potvrzení je uveden v příloze č. 2 k tomuto nařízení.
- (2) Potvrzení je platné po dobu 2 let ode dne jeho vyhotovení nebo dobu kratší, stanoví-li tak lékař na základě zdravotního stavu zranitelné osoby.

## § 4

**Vzor písemné dohody o výkonu práv a povinností zranitelné  
osoby prostřednictvím zákazníka**

Vzor písemné dohody o výkonu práv a povinností zranitelné osoby prostřednictvím zákazníka je uveden v příloze č. 3 k tomuto nařízení.

§ 5

**Účinnost**

Toto nařízení nabývá účinnosti dnem 1. července 2024.

Předseda vlády:

prof. PhDr. Fiala, Ph.D., LL.M., v. r.

Ministr průmyslu a obchodu:

Ing. Síkela v. r.

**Příloha č. 1**

**PROSTŘEDKY PRO TERAPII A PROSTŘEDKY PRO KOMPENZACI ONEMOCNĚNÍ**

Prostředky pro terapii nebo kompenzaci onemocnění jsou

- a) aktivní zdravotnické prostředky pro domácí plicní ventilaci nebo oxygenoterapii,
- b) aktivní antidekubitní matrace,
- c) aktivní zdravotnické prostředky pro léčbu spánkové apnoe,
- d) aktivní zdravotnické prostředky pro domácí hemodialyzační léčbu,
- e) aktivní zdravotnické prostředky pro domácí tracheostomickou péči.

## Příloha č. 2

**VZOR 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 nebo její zástupce. Část E vyplňuje lékař.

**A. ZRANITELNÁ OSOBA**

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

Zástupce zranitelné osoby:

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Vztah ke zranitelné osobě	
E-mail	
Telefon	

Právnícká osoba zastupující zranitelnou osobu:

Obchodní firma nebo název právnické osoby	
IČO, bylo-li přiděleno	
Vztah ke zranitelné osobě	
Jméno a příjmení pověřené osoby	
E-mail	
Telefon	

**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 nebo 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:

je  není

zákazníkem, který je stranou smlouvy o dodávce elektřiny nebo smlouvy 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, anebo obchodní firma nebo název	
Datum narození nebo IČO, bylo-li přiděleno	
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 krajské pobočce Úřadu práce České republiky nebo orgánu pomoci v hmotné nouzi a provozovateli distribuční soustavy.

V	Dne	Podpis zranitelné osoby nebo zástupce

#### E. LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ

Jméno a příjmení lékaře	
Identifikační číslo pracoviště poskytovatele zdravotních služeb	
Jméno a příjmení, anebo obchodní firma nebo název poskytovatele zdravotních služeb	
Adresa zdravotnického zařízení nebo kontaktního pracoviště	

Potvrzuji, že:

*Zvolte prosím jednu nebo obě z následujících variant:*

- zranitelná osoba je u mne registrována 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: \_\_\_\_\_ (uveďte den ve formátu DD.MM.RRRR).

V	Dne
Razítko a podpis lékaře	

**VZOR PÍSEMNÉ DOHODY O VÝKONU PRÁV A POVINNOSTÍ ZRANITELNÉ OSOBY  
PROSTŘEDNICTVÍM ZÁKAZNÍKA****1. ZRANITELNÁ OSOBA***Osoba, které je poskytována zákonná ochrana:*

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

*Zástupce zranitelné osoby:*

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Vztah ke zranitelné osobě	
E-mail	
Telefon	

*Právnícká osoba zastupující zranitelnou osobu:*

Obchodní firma nebo název právnícké osoby	
IČO, bylo-li přiděleno	
Vztah ke zranitelné osobě	
Jméno a příjmení pověřené osoby	
E-mail	
Telefon	

*Pokud za zranitelnou osobu tuto dohodu uzavírá zmocněnec, opatrovník nebo jiný zástupce, je nezbytné k dohodě připojit i příslušný právní titul (plná moc, rozhodnutí o jmenování opatrovníka soudem apod.).***2. ZÁKAZNÍK***Osoba, která je stranou smlouvy o dodávce elektřiny nebo o sdružených službách dodávky elektřiny do níže uvedeného určeného odběrného místa:*

Jméno a příjmení, anebo obchodní firma nebo název	
Datum narození nebo IČO, bylo-li přiděleno	
Adresa trvalého pobytu nebo bydliště anebo sídlo	
E-mail	
Telefon	

*Zástupce zákazníka nebo osoba pověřená jednat jménem zákazníka:*

Jméno a příjmení, anebo obchodní firma nebo název	
Datum narození nebo IČO, bylo-li přiděleno	
Vztah k zákazníkovi	
E-mail	
Telefon	

*Pokud za zákazníka tuto dohodu uzavírá zmocněnec nebo jiný zástupce, je nezbytné k dohodě připojit i příslušný právní titul (plná moc apod.).*



### 3. IDENTIFIKACE URČENÉHO ODBĚRNÉHO MÍSTA

Musí se jednat o odběrné místo, ve kterém se zranitelná osoba zdržuje a kde bydlí. Niže uvedené údaje zjistíte ze smlouvy nebo z vyúčtování.

Adresa určeného odběrného místa, kde má zranitelná osoba bydliště	
Registrační číslo určeného odběrného místa (EAN)	

### 4. PROHLÁŠENÍ, SOUČINNOST A VZÁJEMNÁ KOMUNIKACE, KOMUNIKACE S DODAVATELEM ELEKTŘINY

- 4.1 Zranitelná osoba prohlašuje, že má bydliště na adrese určeného odběrného místa a využívá v něm prostředek pro terapii nebo prostředek pro kompenzaci onemocnění. Zranitelná osoba dále prohlašuje, že uplatňuje práva zranitelné osoby pouze k výše uvedenému určenému odběrnému místu.
- 4.2 Zákonná ochrana, kterou zajišťuje dodavatel elektřiny a provozovatel distribuční soustavy, se týká zranitelné osoby, která ale není zároveň zákazníkem a smluvní stranou smluv s tímto dodavatelem ani příslušným provozovatelem distribuční soustavy. Účelem této dohody je úprava vzájemných vztahů zranitelné osoby a zákazníka tak, aby tato ochrana mohla být uspokojivě zajištěna. Zákazník a zranitelná osoba se proto dohodli, že si za tímto účelem vzájemně poskytnou nezbytnou součinnost, a to bezúplatně a v rozsahu, který je možné rozumně požadovat, vždy však minimálně v rozsahu stanoveném touto dohodou níže.
- 4.3 Zranitelná osoba a zákazník se dohodli, že tuto dohodu spolu s potvrzením o splnění podmínek pro přiznání zvláštních práv zranitelného zákazníka podle § 29 odst. 6 energetického zákona (dále jen „potvrzení“) bezodkladně po jejím uzavření doloží dodavateli elektřiny
- zákazník
- zranitelná osoba
- 4.4 Pro splnění účelu této dohody bude veškerou komunikaci s dodavatelem elektřiny nebo provozovatelem distribuční soustavy zajišťovat zákazník identifikovaný v potvrzení, nestanoví-li tato dohoda pro účel uvedený v čl. 4.3 jinak, a to včetně přijímání upozornění podle § 29a energetického zákona.
- 4.5 Zranitelná osoba a zákazník se budou bezodkladně vhodným způsobem vzájemně informovat o všech okolnostech a skutečnostech, které jsou významné pro splnění účelu této dohody.
- 4.6 Zákazník předá zranitelné osobě zejména informaci o tom, že obdržel (a) upozornění na neplnění platebních povinností ze smlouvy o dodávce elektřiny nebo sdružených službách dodávky elektřiny do určeného odběrného místa, (b) upozornění na omezení nebo přerušeni dodávky elektřiny z důvodu plánovaných prací na zařízení distribuční soustavy nebo v jeho ochranném pásmu nebo z důvodu poruchy, (c) upozornění na ukončení platnosti potvrzení nebo (d) informaci o ukončení ochrany zranitelné osoby z důvodu nesplnění zákonných předpokladů.
- 4.7 Zranitelná osoba informuje zákazníka zejména o všech okolnostech, které mají vliv na přiznání zvláštních práv zranitelného zákazníka podle § 29a odst. 1 a § 29d odst. 1 a 3 energetického zákona (např. stěhování, konec užívání určeného zařízení, konec platnosti potvrzení). Zákazník tyto informace bezodkladně předá dodavateli elektřiny.
- 4.8 Zranitelná osoba se zavazuje uvést v potvrzení správné a úplné identifikační a kontaktní údaje zákazníka uvedené v této dohodě tak, aby mohly sloužit pro komunikaci s dodavatelem elektřiny.
- 4.9 Strany dohody si jsou vědomy, že za účelem poskytnutí zákonné ochrany zranitelné osobě mohou být osobní údaje v nezbytném rozsahu předány krajské pobočce Úřadu práce České republiky nebo orgánu pomoci v hmotné nouzi.

### 5. TRVÁNÍ DOHODY A ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- 5.1 Dohoda je účinná a zákazník a zranitelná osoba se jí budou řídit od dne jejího podpisu oběma stranami dohody.
- 5.2 Dohoda se uzavírá na dobu neurčitou, přičemž kterákoliv ze stran dohody je oprávněna ji kdykoliv písemně vypovědět. V případě výpovědi dohoda zaniká dnem, který následuje po dni doručení výpovědi druhé straně dohody. Zákazník bezodkladně informuje o zániku dohody dodavatele elektřiny.

- 5.3 Dohoda je vyhotovena ve třech stejnopisech, z nichž zranitelná osoba a zákazník obdrží každý jedno vyhotovení. Třetí vyhotovení je určeno pro dodavatele elektřiny a jeho doložení dodavateli elektřiny zajistí osoba podle čl. 4.3.
- 5.4 Strany dohody níže svým podpisem stvrzují, že si dohodu před jejím podpisem přečetly, s jejím obsahem souhlasí, a tato je sepsána podle jejich pravé a skutečné vůle, srozumitelně a určitě, nikoli v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

V	Dne	V	Dne
Podpis zranitelné osoby nebo zástupce:		Podpis zákazníka nebo zástupce:	

ISSN 3029-5092

---

Vydavatel: Ministerstvo vnitra, Nad Štolou 3, poštovní schránka 21, 170 34 Praha 7 • **Redakce Sbírky zákonů a mezinárodních smluv:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, poštovní schránka 155/SB, 140 21, Praha 4, telefon: 974 817 289, e-mail: sbirka@mvcz.cz • Sazba: Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 1159/4, poštovní schránka 10, 149 00 Praha 11-Chodov • **Právně závazná elektronická verze Sbírky zákonů a mezinárodních smluv je k dispozici na [www.e-sbirka.cz](http://www.e-sbirka.cz)** • Tištěnou verzi částky Sbírky zákonů a mezinárodních smluv lze objednat u Tiskárny Ministerstva vnitra, telefon: 974 887 312, e-mail: info@tmv.cz, [www.tmv.cz](http://www.tmv.cz) • Předplatné je od 1. 1. 2024 ukončeno.