

ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA LÁZEŇSKÝ OZDRAVNÝ ČI REKONDIČNÍ POBYT

ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK

(v případě žádosti pro dítě jeho zákonný zástupce)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO
POJIŠTĚNCE:

ADRESA:

TELEFON:

E-MAIL:

TERMÍN POBYTU: od..... do

POČET dní:..... noc:

K této žádosti je nutné přiložit:

1. Kopii dokladu o úhradě pobytu
2. Výstupní lékařskou zprávu z pobytu
3. Potvrzení zaměstnavatele/spolku, klubu apod.
s podpisem a razítkem viz tabulka

BEZ TĚCHTO DOKLADŮ NELZE ŽÁDOSTI VYHOVĚT!

Čestně prohlašuji, že službu, na kterou žádám o příspěvek, jsem čerpal a uhradil osobně a že jsem oprávněným uživatelem výše uvedeného účtu. Toto stvrzuji svým podpisem.

DÍTĚ (v případě žádosti o příspěvek pro nezletilého pojištěnce)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

ČÍSLO
POJIŠTĚNCE:

VYPLŇUJE VoZP ČR: Žádost a přílohy bez nedostatků

Celkem k proplacení:

Datum:

Zpracoval – podpis:

UVEĎTE PROSÍM ÚČET PRO ZASLÁNÍ
FINANČNÍHO PŘÍSPĚVKU:

.....
číslo účtu:

.....
kód banky:

V

DNE

.....
PODPIS

Informace o zpracování osobních údajů

Osobní údaje uvedené v tomto dokumentu jsou zpracovávány Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), ve znění pozdějších předpisů. Informace o ochraně osobních údajů najdete na www.vozp.cz.

VYPLNÍ ZAMĚSTNAVATEL/SPOLEK, KLUB APOD.:

Potvrzuji, že žadatel (jméno, příjmení):

je k dnešnímu dni (vyplňte datum):

zaměstnancem/členem (vyplňte název zaměstnavatele/spolku, klubu apod.)

zařazeného do podprogramu „Lázeňské a rekondiční pobyty“ v rámci programu Vojenské zdravotní pojišťovny ČR „Zdravý zaměstnanec“

razítko a podpis