

ŽÁDOST

O PŘÍSPĚVEK Z PROGRAMU PRO CIVILNÍ ZAMĚSTNANCE RESORTU OBRANY



VOJENSKÁ
ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA

ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

ADRESA:

TELEFON:

E-MAIL:

VYPLŇUJE VoZP ČR:

Žádost a přílohy bez nedostatků

Celkem k proplacení:

Datum:

Zpracoval – podpis:

Vyberte prosím způsob zaslání finančního příspěvku:

NA ÚČET Č.:

KÓD BANKY:

POŠTOVNÍ
POUKÁŽKOU
NA ADRESU:

Žádám o příspěvek z programu zdravotní prevence VoZP ČR (zaškrtněte prosím jeden nebo více příspěvků, limit je TŘI PŘÍSPĚVKY za rok na jednoho pojištěnce ze všech preventivních programů):

PROGRAM PRO CIVILNÍ ZAMĚSTNANCE RESORTU OBRANY

Plavání

Dentální hygiena

Pravidelný pohyb

K této žádosti přikládá pojištěnec doklad o úhradě za službu, na kterou žádá o příspěvek (podrobně na www.vozp.cz).

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.

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.

V

DNE

.....
PODPIS ŽADATELE