

ŽÁDOST

O PŘÍSPĚVEK NA LETNÍ INDIVIDUÁLNÍ OZDRAVNÝ POBYT DÍTĚTE U MOŘE

DÍL 1



**Žádám o příspěvek pro své dítě na letní individuální
ozdravný pobyt u moře.**

Jméno a příjmení dítěte:

Číslo pojištěnce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce pojištěného u VoZP:

Číslo pojištěnce:

Adresa pro korespondenci:

Telefon:

E-mail (čitelně):

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 ve znění pozdějších předpisů 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.

VoZP ČR si vyhrazuje právo ukončit poskytování příspěvku po vyčerpání finančního limitu stanoveného zdravotně pojistným plánem VoZP ČR.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s podmínkami přiznání příspěvku a že službu, na kterou žádám o příspěvek, čerpal pojištěnec, jehož jsem zákonným zástupcem. Dále prohlašuji, že jsem oprávněným uživatelem výše uvedeného účtu a že veškeré údaje uvedené v žádosti jsou úplné, pravdivé a nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti podstatné pro přiznání příspěvku.

V

dne

Jméno a příjmení
zák. zástupce

Podpis
zák. zástupce dítěte

VYPLŇUJE VoZP ČR: Žádost a přílohy bez nedostatků

Celkem k proplacení:

Datum:

Zpracoval – podpis:

ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA LETNÍ INDIVIDUÁLNÍ OZDRAVNÝ POBYT DÍTĚTE U MOŘE



VOJENSKÁ
ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA

DÍL 2 – Potvrzení o zdravotním stavu dítěte

vyplní odborný ošetřující kožní lékař dítěte (dermatolog)

Jméno a příjmení dítěte

Číslo pojištěnce:

Adresa:

ZDRAVOTNÍ INDIKACE K INDIVIDUÁLNÍMU PŘÍMOŘSKÉMU POBYTU (označte)

L20 atopická dermatitida

L21 seboroická dermatitida

L23 alergická kontaktní dermatitida

L25 neurčená kontaktní dermatitida

L30 jiná dermatitida

L40 lupénka – psoriáza

Anamnéza:

Nynější onemocnění, objektivní nález:

(doba léčení, dispenzarizace, dosavadní léčba, četnost kontrol, příp. další odborné nálezy přiložte)

Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat 15denní
přímořský pobyt a nejsou mi známy obecné
kontraindikace k jeho absolvování.

Dne

Razítko ZZ, jmenovka
a podpis ošetř. kožního lékaře
nebo alergologa

VYPLŇUJE REVIZNÍ LÉKAŘ VoZP ČR:

Vyjádření RL: Schvaluji Neschvaluji

Datum:

Podpis a razítko
RL: