

PŘIHLÁŠKA **BeneFit Klub** Vojenské zdravotní pojišťovny ČR

POJIŠTĚNEC

(případně zákonný zástupce dítěte)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO
POJIŠTĚNCE:

ADRESA:

TELEFON:

E-MAIL:

DÍTĚ (v případě přihlášky
za nezletilého pojištěnce)

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO
POJIŠTĚNCE:

CHCI POSLAT KARTU

KARTA PŘEDÁNA

Souhlasím s tím, aby Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky zpracovávala osobní údaje uvedené v tomto formuláři v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 („GDPR“), ve znění pozdějších předpisů. Poskytnuté údaje budou zpracovány pouze pro účely registrace v BeneFit Klubu VoZP nebo oznámení změn podstatných pro členství v BeneFit Klubu VoZP. Tento souhlas uděluji na dobu, po kterou budu členem BeneFit Klubu VoZP.

SOUHLASÍM - zaškrtnutím prosím vyjádřete aktviní souhlas

V

dne

Podpis