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 POUKÁZKOU 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