

1 Osobní údaje *

Příjmení		Datum narození	
Jméno		Státní příslušnost	
Rodné číslo		Pohlaví	

2 Zákonný zástupce

Příjmení		Datum narození	
Jméno		Rodné číslo	

3 Kontaktní adresa (adresa trvalého pobytu bude použita z Centrálního registru obyvatel)

E-mail		Telefon	
Ulice		Číslo popisné/orientační	
Obec		PSC	

4 Kategorie pojištěnce (zaškrtněte) *

<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Státní: <input type="checkbox"/> dítě	<input type="checkbox"/> mateřská dovolená
			<input type="checkbox"/> důchodce	<input type="checkbox"/> nezaměstnaný

5 Bankovní spojení

Číslo účtu		Kód banky	
------------	--	-----------	--

6 Dosavadní zdravotní pojišťovna ***7 Prohlášení ***

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem žádám o přihlášení k OZP a zmocňuji Ing. Miloše Peška, obchodního ředitele, aby za mne podepsal přihlášku k OZP a podal ji OZP tak, aby ke změně mé zdravotní pojišťovny došlo v nejbližším možném termínu podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V zájmu rychlého vyřízení změny mé zdravotní pojišťovny souhlasím, aby můj zástupce případně pověřil dalšího zástupce.

Datum		Podpis	
-------	--	--------	--

8 Vyplní OZP