

**1 Osobní údaje**

Příjmení		Datum narození	
Jméno		Státní příslušnost	
Číslo pojištěnce (rodné číslo)		Pohlaví	

**2 Zákonný zástupce**

Příjmení		Datum narození	
Jméno		Číslo pojištěnce (rodné číslo)	

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

E-mail		Telefon	
Ulice		Číslo popisné/orientační	
Obec		PSČ	

**4 Kategorie pojištěnce** (zaškrtněte)

<input type="checkbox"/> <b>OBZP</b> (samoplátce)	<input type="checkbox"/> <b>OSVČ</b>	<input type="checkbox"/> <b>Zaměstnanec</b>	<b>Státní:</b> <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**

Beru na vědomí, že výše uvedené osobní údaje je OZP oprávněna uchovávat a zpracovávat za účelem řádného provádění veřejného zdravotního pojištění, a to ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a nařízení (EU) 2016/679.

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem OZP.

\* **Souhlasím**, aby můj výše uvedený e-mail a kontaktní adresu OZP zpracovávala za účelem kontaktování mé osoby s nabídkou využití preventivních programů OZP, portálu VITAKARTA ONLINE a jiných marketingových akcí. Jsem si vědom svého práva, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat.

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

**8 Vyplní OZP**