



## Žádost o čerpání kreditu/příspěvku pro dárce krve

jméno a příjmení, titul žadatele		rodné číslo žadatele
mobilní telefon	e-mailová adresa	

Kredit/příspěvek je určen dárčům krve, kteří absolvovali v roce 2024 min. 2 bezplatné odběry krve. Kredit/příspěvek lze čerpat pouze jednorázově. Dárce si volí mezi finanční formou příspěvku či připsáním kreditů do aplikace VITAKARTA. O kredit/příspěvek lze žádat do 31. 12. 2024.

### ŽÁDÁM O NÁSLEDUJÍCÍ ZPŮSOB VYUŽITÍ KREDITU/PŘÍSPĚVKU \*/:

Způsob využití kreditu/příspěvku	Výše kreditu/příspěvku	Podmínky využití kreditu/příspěvku
<input type="checkbox"/> Převod kreditu do portálu VITAKARTA	1 000 kreditů/rok	žadatel je registrován ve VITAKARTĚ
<input type="checkbox"/> Úhradu zvoleného programu	1 000,- Kč/rok	žadatel předává doklady o zaplacení služeb/produktů

\*/ Zvolenou variantu označte křížkem

### V PŘÍPADĚ VOLBY FINANČNÍHO PŘÍSPĚVKU ZVOLTE PROGRAM/Y ČERPÁNÍ \*/:

Programy pro dárce krve (č. opatření – 1483)	
<input type="checkbox"/>	Zdravotní pomůcky zakoupené v lékárnách a prodejnách zdravotnických potřeb
<input type="checkbox"/>	Vitaminy, doplňky stravy a léčebné přípravky zakoupené v lékárně
<input type="checkbox"/>	Rekondiční a rehabilitační pohybové aktivity
<input type="checkbox"/>	Odvykání kouření (preparáty určené k odvykání)
<input type="checkbox"/>	Rovnátky, dentální hygiena a stomatologické výkony/výrobky
<input type="checkbox"/>	Vyšetření krve pro registr dárců kostní dřeně (pro osoby od 35 let)
<input type="checkbox"/>	Zjištění krevní skupiny vybraných blízkých osob
<input type="checkbox"/>	Očkování nehrazená z veřejného zdravotního pojištění
<input type="checkbox"/>	Dioptrické pomůcky (kontaktní čočky, dioptrické brýle, brýlové obruby)

\*/ Zvolenou variantu označte křížkem

### ÚHRADU PŘÍSPĚVKU ZAŠLETE NA BANKOVNÍ ÚČET \*/:

číslo účtu ..... kód banky .....

\*/ vyplňte pouze v případě, že žádáte o finanční příspěvek

### K ŽÁDOSTI PŘIKLÁDÁM:

- účetní doklad/y o zaplacení vybrané aktivity v počtu ..... ks;
- fotokopii legitimace dobrovolného dárce krve s vyznačením min. dvou dat odběru, které byly poskytnuty v období 01. 01. 2024 - 31. 12. 2024;

Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro marketingové účely (více informací na [www.ozp.cz/pro-klienty/marketingovy-souhlas](http://www.ozp.cz/pro-klienty/marketingovy-souhlas)).

### PROHLÁŠENÍ:

Beru na vědomí a budu se řídit Podmínkami čerpání preventivních programů OZP zveřejněnými na [www.ozp.cz](http://www.ozp.cz), stejně jako specifickými podmínkami určenými pro daný program zveřejněnými tamtéž. Potvrzuji, že jsem předložený účetní doklad použil pouze a výhradně pro účel proplacení příspěvku v rámci této konkrétní žádosti, nikde jinde. Potvrzuji, že jsem se seznámil/a s informací o zpracování osobních údajů na <https://www.ozp.cz/pro-klienty/ochrana-osobnich-udaju> nebo na klientském pracovišti OZP.

.....  
Datum

.....  
Podpis žadatele