

přihláška změna odhláška

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

1. Základní identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno
<div style="border: 2px solid yellow; padding: 2px; display: inline-block;"> Rodné číslo pojištěnce </div>	

2. Adresa trvalého pobytu

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ: Ulice	Číslo popisné	/	Číslo orientační
PSČ	Obec		
Stát			

3. Korespondenční adresa

KORESPONDENČNÍ ADRESA: Ulice	Číslo popisné	/	Číslo orientační	Telefon
PSČ	Obec			
Stát				
E-mail				

4. Datum vyplnění a podpis pojištěnce

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (jméno, příjmení, adresy, telefony a e-mail) uvedené na této přihlášce zpracovávala Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR) v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, v rozsahu nezbytném pro poskytování výhod, které mohou čerpat na základě přijetí této přihlášky jako člen klubu. Souhlasím se zařazením uvedené emailové adresy do databáze ZP MV ČR s možností zaslání informací o novinkách a marketingových aktivitách. Tento souhlas uděluji na dobu svého členství v klubu, případně do jeho písemného odvolání. Poskytnuté údaje budou zpracovány pouze pro naplnění poslání klubu, nabídku poskytnutí členských výhod a marketingové účely. Tento souhlas se vztahuje i na všechny další zpracovatele uvedených dat resp. osoby, které jsou oprávněny služby spojené s členstvím v klubu poskytovat.

Vyplněno dne

--	--	--	--	--	--

Podpis žadatele resp. člena Klubu pojištěnců

Datum podání, razítko ZP MV ČR a podpis

5. Pokyny k vyplnění Evidenčního listu člena Klubu pojištěnců

Pokyny k vyplnění formuláře "Evidenční list člena Klubu pojištěnců"
Obecné informace:

1. Evidenční list člena Klubu pojištěnců slouží jako přihláška do Klubu pojištěnců, resp. odhláška či změnový list. Vždy může být označena křížkem pouze jedna varianta,
2. Datum podání - Vyplňte ve tvaru DD. MM. RRRR.

Vyplnění údajů dle předložených informací je nezbytně nutné, aby mohl být Evidenční list člena Klubu pojištěnců ze strany ZP MV ČR přijat a zpracován.