



LÁZEŇSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE PRO DÁRCE KRVE

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O ÚHRADĚ (VYPLNÍ LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ)

Lázeňské zařízení:

Název:

IČ:

Potvrzujeme, že se pojištěnec ZPMVČR účastnil lázeňského rehabilitačního pobytu:

V období:

od

do

Uhrazen dne:

Celková částka (ubytování, strava, léčebné procedury):

Kč

Z toho částka na léčebné procedury:

Kč

Datum vydání:

Razítko organizace a podpis:

V příloze zašlete rozpis léčebných procedur.

3. PROHLÁŠENÍ (PODEPÍŠE POJIŠTĚNĚC)

Výdaje nebyly uhrazeny ze zdrojů jiné osoby (např. zaměstnavatele) a lázeňský rehabilitační pobyt byl absolvován v termínu, který je uveden na faktuře.

Jsem si rovněž vědom/a, prokáže-li se kdykoliv v budoucnu, že jsem neuvedl/a pravdivé informace, bude proplacený finanční příspěvek vymáhán.

Datumí:

Podpis pojištěnce: