



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. TYP POBYTU: LÉČEBNĚ OZDRAVNÝ POBYT

3. POTVRZENÍ O ÚHRADĚ (VYPLNÍ POŘÁDAJÍCÍ ORGANIZACE NEBO UBYTOVATEL)

Organizace nebo ubytovatel:

Název:

IČ:

Potvrzujeme, že pojištěnec byl ubytován v uvedeném termínu a uvedená částka byla uhrazena za jeho osobu:

Datum konání:

od

do

Místo konání:

Datum úhrady:

Výše úhrady:

Kč

Datum potvrzení:

Razítko organizace a podpis:

Výdaje nebyly uhrazeny ze zdrojů jiné osoby (např. zaměstnavatele).

Datum:

Podpis pojištěnce nebo
zákonného zástupce: