

ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK – POJIŠTĚNEC

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Příjmení a jméno pojištěnce: | <input type="text"/> | | |
| Datum narození*: | <input type="text"/> | Číslo pojištěnce: | <input type="text"/> |
| Spojení (telefon nebo e-mail)** | <input type="text"/> | | |

Pokud se žádost týká nezletilého pojištěnce nebo osoby s omezenou svéprávností, osoba, která v dané věci za pojištěnce jedná, doloží svůj vztah k pojištěnci/doklad opravňující ji k zastupování (rodný list, rozhodnutí soudu) a vyplní níže své údaje:

Rodič nebo jiný oprávněný zástupce (opatrovník, poručník, pěstoun)

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|--|--|
| Příjmení a jméno: | <input type="text"/> | | |
| Spojení (telefon nebo e-mail)** | <input type="text"/> | | |

SPECIFIKACE ŽÁDOSTI

Žádám o vydání potvrzení k příspěvku na mobilitu, a to konkrétně, že shora uvedený pojištěnec má déle jak kalendářní měsíc v užívání (zaškrtněte):

zdravotnický prostředek pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii

zdravotnický prostředek pro domácí plicní umělou ventilaci

POUČENÍ K PODANÉ ŽÁDOSTI:

Žádost je možné podat osobně na pracovišti ZP MV ČR, zaslat poštovní zásilkou nebo prostřednictvím datové schránky.

V případě, že bude požadované Potvrzení odesíláno zpět poštovní zásilkou, bude vypraveno doporučeně na adresu evidovanou v informačním systému ZP MV ČR.

Poučení o zpracování osobních údajů:

Správce Vašich osobních údajů je ZP MV ČR, IČ: 471 14 304. Uvedené osobní údaje jsou zpracovány na základě čl. 6 odst. 1 písm. e) ve spojení čl. 9 odst. 2 písm. h) GDPR za účelem potvrzení o užívání zdravotnických prostředků pro potřeby pojištěnce ve smyslu § 8 zákona č.329/2011 Sb.

Osobní údaje vztahující se k zastupování žadatele jsou zpracovány pro účely oprávněných zájmů správce a třetí osoby (žadatele) spočívající v ověření vůle žadatele, že si přeje být zastupován.

Osobní údaje v rozsahu e-mail a telefonní číslo uvádíte na základě svého souhlasu ve smyslu čl. 6 odst. 1 písm. a) GDPR dobrovolně a máte právo svůj souhlas se zpracováním e-mailového a telefonního kontaktu kdykoli odvolat.

Více informací o zpracování Vašich osobních údajů včetně práv subjektu údajů naleznete na <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/gdpr/zpracovani-osobnich-udaju-v-zp-211>.

| | | | |
|--------|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| Datum: | <input type="text"/> | Podpis pojištěnce/zástupce: | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|-----------------------------|----------------------|

* Datum narození vyplňují pouze cizí státní příslušníci nemající české rodné číslo.

** Vyplněním těchto údajů souhlasíte s jejich zpracováním v ZP MV ČR, a to za účelem zjednodušení komunikace při řešení Vaší žádosti