



ZDRAVOTNÍ  
POJIŠTOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

211

## POTVRZENÍ O ÚČASTI

### 1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

### 2. POTVRZENÍ O ÚČASTI

Organizace:

Název:

IČ:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR absolvoval

EDUKAČNÍ POBYT, TRVALASPOŇ 3 DNY (2 NOCI), A KTERÝ NENÍ HRAZEN Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ ANEBO  
EDUKAČNÍ KURZ

Datum konání:

od

do

Datum úhrady:

Výše úhrady:

Kč

Datum vydání:

Razítko organizace a podpis: