

Přijal

Kč h slovy

Účel platby členský příspěvek

Adresa

Přijato od rodné číslo

ze dne 2015

Potvrzení o zaplacení členského příspěvku

OZP
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA

OZP FANDÍ SPOLKŮM

OZP proplatí všem členský příspěvek až do výše

500 Kč

všem pojištěncům OZP

stačí zaslat tento doklad přímo nebo prostřednictvím Vašeho spolku do OZP na adresu **OZP, obchodní odbor, Rožkotova 1225/1, 140 21 Praha 4**

Příspěvek proplatíme na účet evidovaný v OZP. Chcete-li jej proplatit na jiný účet, doplňte číslo účtu přímo zde:

...../.....

všem budoucím pojištěncům OZP

nejste-li pojištěncem OZP, stačí vyplnit Přihlášku pojištěnce uvnitř tohoto dokladu a zaslat jej přímo nebo prostřednictvím Vašeho spolku do OZP na adresu **OZP, obchodní odbor, Rožkotova 1225/1, 140 21 Praha 4**

Příspěvek proplatíme na účet uvedený v přihlášce. Chcete-li jej proplatit na jiný účet, doplňte číslo účtu přímo zde:

...../.....

Příhlášení k datu:

1 Osobní údaje *

Příjmení	<input type="text"/>	Datum narození	<input type="text"/>
Jméno	<input type="text"/>	Státní příslušnost	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Pohlaví	<input type="text"/>

2 Zákonný zástupce

Příjmení	<input type="text"/>	Datum narození	<input type="text"/>
Jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>

3 Kontaktní adresa (trvalá adresa bude použita z Centrálního registru obyvatel)

E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Ulice	<input type="text"/>	Číslo popisné/orientační	<input type="text"/>
Obec	<input type="text"/>	PSČ	<input type="text"/>

4 Kategorie pojistěnce (zaškrtněte) *

<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Státní:	<input type="checkbox"/> dítě	<input type="checkbox"/> důchodce	<input type="checkbox"/> mateřská dovolená	<input type="checkbox"/> nezaměstnaný
--	-------------------------------	--------------------------------------	---------	-------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------

5 Bankovní spojení

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
------------	----------------------	-----------	----------------------

6 Dosavadní zdravotní pojišťovna ***7 VITAKARTA ONLINE**

Podpisem přihlášky současně potvrzuji, že souhlasím s registrací k bezplatným službám portálu VITAKARTA ONLINE, za předpokladu, že v části Kontaktní adresa této přihlášky byla vyplněna e-mailová adresa a číslo mobilního telefonu. Registrací k těmto službám potvrzuji, že jsem se seznámil (a) s Obecnými podmínkami portálu VITAKARTA ONLINE a s navazujícími zvláštními podmínkami, zejména se zvláštními podmínkami Asistenční služby OZP (dále jen „Podmínky“), souhlasím s nimi a uděluji tímto souhlas se zpracováním osobních údajů dle zmíněných Podmínek. Podmínky jsou v aktuální verzi uveřejněny na www.ozp.cz a dále jsou k dispozici ve všech klientských centrech OZP. Podpisem přihlášky současně potvrzuji, že souhlasím s tím, aby se s mou registrací k portálu VITAKARTA ONLINE automaticky aktivovaly tyto služby i pro osoby, jejichž jsem zákonným zástupcem.

8 Prohlášení *

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem žádám o přihlášení k OZP.

Datum	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------	----------------------

9 Vyplní OZP**10 Rodné číslo získatele**