



PŘIHLÁŠKA POJIŠTĚNCE

datum vzniku pojistného vztahu

kontaktní místo ČNZZ

trvalý pobyt do

dosud pojištěn u ZP (kód) déle než rok cizinec - ano ne

příjmení

jméno

datum narození pohlaví

rodné číslo

titul

ulice

obec

číslo

PSČ

příjmení

jméno

ulice

obec

rodné číslo

titul

číslo

PSČ

předvolba číslo telefonu

e-mail

* Nevyplňovat, pokud je shodná s trvalým pobytem.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti. Beru na vědomí svá práva a povinnosti vyplývající z obecně závazných předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a pojistné na toto pojištění, zejména včasné oznámení (do osmi dnů) veškerých změn, které nastanou od doby vyplnění přihlášky. Při jakémkoli kontaktu s ČNZZ se zavazuji uvést přidělené číslo pojištěnce.

Datum a podpis pojištěnce
nebo jeho zákonného zástupce

sít' akviziční číslo

Datum, razítko a podpis
registračního místa ČNZZ

registrační místo ČNZZ

Nedílnou součástí Přihlášky pojištěnce je vyplněné Oznámení o plátcích pojistného.

OZNÁMENÍ O

hradí stát kategorie

zaměstnavatel počet zaměstnanců

1
název

adresa

2
název

adresa

3
název

adresa

osoba samostatně výdělečně činná

osoba bez zdanitelných příjmů (OBZ)

plátců pojistného

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti.

Datum, razítko a podpis
registračního místa ČNZZ