



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ

Kód pojišťovny

207

# EVIDENČNÍ LIST

## zdravotní pojišťovny

Rodné číslo pojištěnce

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Název zaměstnavatele (plátce pojistného)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IČO

specifikace

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa zaměstnavatele

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pojištěn dosud  
u pojišťovny -kód:

od:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Příjmení,  
jméno,  
titul

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ulice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PSČ

Město

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Potvrzení OZP - NEVYPLŇUJTE

Razítko OZP - podpis														Dne:													
														Pojištění od:													

Dne:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis pojištěnce  
(nebo zákonného zástupce)