



Kód

EVIDENČNÍ LIST zdravotní pojišťovny

Příjmení a jméno		Rodné číslo (čís. pojištěnce VoZP)	
rodné	dat. nar.		
Adresa trvalého bydliště			
PSČ			
Název zaměstnavatele			
Adresa zaměstnavatele			
PSČ			
Pojištěn dosud u		od :	

POTVRZENÍ POJIŠŤOVNY

Pojištěn od
den/ měsíc/ rok

Dne:

Dne:

podpis a razítko

podpis pojištěnce
(zák. zástupce)



KOPIE PRO ZAMĚSTNAVATELE

Kód 2, 0, 1

OZNÁMENÍ O PŘIJETÍ do evidence zdravotní pojišťovny

Příjmení a jméno		Rodné číslo (čís. pojištěnce VoZP)	
rodné	dat. nar.		
Adresa trvalého bydliště			
PSČ			
Název zaměstnavatele			
Adresa zaměstnavatele			
PSČ			
Pojištěn dosud u	od :		

POTVRZENÍ POJIŠŤOVNY

Pojištěn od			
den/ měsíc/ rok			

Dne:

Dne:

podpis a razítko

podpis pojištěnce
(zák. zástupce)

OZNÁMENÍ O PŘIJETÍ
do evidence zdravotní pojišťovny

Příjmení a jméno		Rodné číslo (čís. pojištěnce VoZP)	
rodné	dat. nar.		
Adresa trvalého bydliště		PSČ	
Název zaměstnavatele			
Adresa zaměstnavatele		PSČ	
Pojištěn dosud u	od :		

POTVRZENÍ POJIŠŤOVNY

Pojištěn od			
den/ měsíc/ rok			

Dne:

Dne:

podpis a razítko

podpis pojištěnce
(zák. zástupce)

EVIDENČNÍ LIST
zdravotní pojišťovny

Příjmení a jméno		Rodné číslo (čís. pojištěnce VoZP)	
rodné	dat. nar.		
Adresa trvalého bydliště			
PSČ			
Název zaměstnavatele			
Adresa zaměstnavatele			
PSČ			
Pojištěn dosud u		od :	

POTVRZENÍ POJIŠŤOVNY

Pojištěn od
den/ měsíc/ rok

Dne:

Dne:

podpis a razítko

podpis pojištěnce
(zák. zástupce)