



OZNÁMENÍ O PŘIJETÍ do evidence zdravotní pojišťovny

Kód 1,1,1

Číslo pojištěnce VZP

Číslo přidělené dosavadní zdrav. pojišťovnou

Příjmení a jméno :

Rodné příjmení : Datum narození :

Adresa trvalého pobytu :

PSČ :

Název zaměstnavatele :

Sídlo zaměstnavatele :

PSČ :

Pojištěn dosud u zdrav. pojišťovny :

Kód :

POTVRZENÍ POJIŠŤOVNY

den měsíc rok

Pojištěn u VZP od :

Dne :

Dne :

Podpis a razítko OP VZP

Podpis pojištěnce (zák. zástupce)