

1 Osobní údaje

Příjmení		Datum narození	
Jméno		Státní příslušnost	
Číslo pojištěnce (rodné číslo)		Pohlaví	

2 Zákonný zástupce

Příjmení		Datum narození	
Jméno		Číslo pojištěnce (rodné číslo)	

3 Kontaktní adresa (adresa trvalého pobytu bude použita z Centrálního registru obyvatel)

E-mail		Telefon	
Ulice		Číslo popisné/orientační	
Obec		PSČ	

4 Kategorie pojištěnce (zaškrtněte)

☐ OBZP (samoplátce)	☐ OSVČ	☐ Zaměstnanec	Státní:	☐ dítě	☐ mateřská dovolená
				☐ důchodce	☐ nezaměstnaný

5 Bankovní spojení

Číslo účtu		Kód banky	
------------	--	-----------	--

6 Dosavadní zdravotní pojišťovna

7 Prohlášení

Beru na vědomí, že výše uvedené osobní údaje je OZP oprávněna uchovávat a zpracovávat za účelem řádného provádění veřejného zdravotního pojištění, a to ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a nařízení (EU) 2016/679.

Při změně zdravotní pojišťovny jsem splnil(a) lhůty stanovené pro změnu zdravotní pojišťovny dle § 11a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl(a) na tomto formuláři jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem stvrzuji svoji vůli stát se pojištěncem OZP.

☐ * **Souhlasím**, aby můj výše uvedený e-mail a kontaktní adresu OZP zpracovávala za účelem kontaktování mé osoby s nabídkou využití preventivních programů OZP, portálu VITAKARTA ONLINE a jiných marketingových akcí. Jsem si vědom svého práva, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat.

Datum		Podpis	
-------	--	--------	--

8 Vyplní OZP