

Jméno a příjmení

Rodné číslo

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

Prohlašuji, že jsem se ke stejnému datu nepřihlásil a ani se ke stejnému datu nepřihlásím k jiné zdravotní pojišťovně, neboť jsem si vědom toho, že ve lhůtě stanové zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, si mohu vybrat k 1. lednu následujícího kalendářního roku pouze jednu zdravotní pojišťovnu.

Dne .....

Podpis .....