



Oblast/odbor

Potvrzení o zaplacení členského příspěvku

ze dne 2015

rodné číslo

Přijato od

Adresa

Účel platby členský příspěvek

Kč slovy

Přijal

**OZP**  
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA

# OZP FANDÍ TURISTŮM

OZP proplatí všem členský příspěvek až do výše

## 500 Kč

### všem pojištěncům OZP

stačí zaslat přímo nebo prostřednictvím Vaší oblasti/odboru do OZP na adresu: **OZP, obchodní odbor, Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4**, a to nejpozději do 31. 12. 2015. Příspěvek proplatíme na účet evidovaný v OZP. Chcete-li jej proplatit na jiný účet, doplňte číslo účtu přímo zde:

...../.....

### všem budoucím pojištěncům OZP

nejste-li pojištěncem OZP, stačí vyplnit Přihlášku pojištěnce uvnitř tohoto dokladu a zaslat jej přímo nebo prostřednictvím Vaší oblasti/odboru do

OZP na adresu: **OZP, obchodní odbor, Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4**, a to nejpozději do 31. 12. 2015

Příspěvek proplatíme na účet uvedený v přihlášce. Chcete-li jej proplatit na jiný účet, doplňte číslo účtu přímo zde:

...../.....



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ

## Přihláška pojištěnce k OZP (207)

Přihlášení k datu:

### 1 Osobní údaje \*

Příjmení	<input type="text"/>	Datum narození	<input type="text"/>
Jméno	<input type="text"/>	Státní příslušnost	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Pohlaví	<input type="text"/>

### 2 Zákonný zástupce

Příjmení	<input type="text"/>	Datum narození	<input type="text"/>
Jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>

### 3 Kontaktní adresa (trvalá adresa bude použita z Centrálního registru obyvatel)

E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Ulice	<input type="text"/>	Číslo popisné/orientační	<input type="text"/>
Obec	<input type="text"/>	PSC	<input type="text"/>

### 4 Kategorie pojištěnce (zaškrtněte) \*

<input type="checkbox"/> OBZP (samoplátce)	<input type="checkbox"/> OSVČ	<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Státní: <input type="checkbox"/> dítě <input type="checkbox"/> důchodce <input type="checkbox"/> mateřská dovolená <input type="checkbox"/> nezaměstnaný
--	-------------------------------	--------------------------------------	--

### 5 Bankovní spojení

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
------------	----------------------	-----------	----------------------

### 6 Dosavadní zdravotní pojišťovna \*

### 7 VITAKARTA ONLINE

Podpisem přihlášky současně potvrzuji, že souhlasím s registrací k bezplatným službám portálu VITAKARTA ONLINE, za předpokladu, že v části Kontaktní adresa této přihlášky byla vyplněna e-mailová adresa a číslo mobilního telefonu. Registraci k těmto službám potvrzuji, že jsem se seznámil (a) s Obecnými podmínkami portálu VITAKARTA ONLINE a s navazujícími zvláštními podmínkami, zejména se Zvláštními podmínkami Asistenční služby OZP (dále jen „Podmínky“), souhlasím s nimi a uděluji tímto souhlas se zpracováním osobních údajů dle zmíněných Podmínek. Podmínky jsou v aktuální verzi uveřejněny na [www.ozp.cz](http://www.ozp.cz) a dále jsou k dispozici ve všech klientských centrech OZP. Podpisem přihlášky současně potvrzuji, že souhlasím s tím, aby se s mou registrací k portálu VITAKARTA ONLINE automaticky aktivovaly tyto služby i pro osoby, jejichž jsem zákonným zástupcem.

### 8 Prohlášení \*

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem žádám o přihlášení k OZP.

Datum	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------	----------------------

### 9 Vyplní OZP

### 10 Rodné číslo získatele

Pozn.: položky označené \* jsou povinné

Pozn.: položky označené \* jsou povinné