ŽÁDOST **O PŘÍSPĚVEK Z PROGRAMU RODINA VOJÁKA**

VoZP | VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA

ŽADATEL O PŘÍSPĚVEK zaškrtněte požadovanou možnost	ÚDAJE VOJÁKA/VOJÁKYNĚ VYPLŇTE PROSÍM VŽDY, bez nich je žádost neplatná. **Za každého pojištěnce, který žádá o příspěvek, prosím vyplňte vlastní žádost.**	Zaškrtněte požadovaný příspěvek či příspěvky
☐ **voják/yně v činné službě nebo v aktivní záloze**	JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ČÍSLO POJIŠTĚNCE: ADRESA: TELEFON: E-MAIL:	☐ plavání ☐ cvičení nebo ochranné střelecké pomůcky ☐ dentální hygiena
☐ **manželka/ manžel** *nebo* ☐ **partnerka/partner**	JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ČÍSLO POJIŠTĚNCE: ADRESA: TELEFON: E-MAIL: **Čestné prohlášení:** Prohlašuji, že s výše uvedeným vojákem v činné službě/aktivní záloze sdílím společnou domácnost. ..... Podpis	☐ plavání ☐ cvičení nebo ochranné střelecké pomůcky ☐ dentální hygiena
☐ **dítě vojáka/vojákyně** (do 18 let věku)	**DÍTĚ** JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ČÍSLO POJIŠTĚNCE: **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE** JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ČÍSLO POJIŠTĚNCE: ADRESA: TELEFON: E-MAIL: **Čestné prohlášení:** Prohlašuji, že výše uvedený voják je zákonným zástupcem dítěte, za které žádám o příspěvek. ..... Podpis	☐ plavání ☐ cvičení nebo ochranné střelecké pomůcky ☐ dentální hygiena

Zaškrtněte prosím způsob zaslání finančního příspěvku:

☐ NA ÚČET Č.: KÓD BANKY

☐ POŠTOVNÍ POUKÁZKOU NA ADRESU:

VYPLŇUJE VoZP ČR: Žádost a přílohy bez nedostatků
Celkem k proplacení:
Datum:
Zpracoval – podpis:

Informace o zpracování osobních údajů
Osobní údaje uvedené v tomto dokumentu jsou zpracovávány Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), ve znění pozdějších předpisů. Informace o ochraně osobních údajů najdete na www.vozp.cz.

Čestně prohlašuji, že službu, na kterou žádám o příspěvek, jsem čerpal a uhradil osobně (čerpal pojištěnec, jehož jsem zákonným zástupcem) a že jsem oprávněným uživatelem uvedeného účtu. To stvrzuji svým podpisem.

V DNE

.....
Podpis žadatele