



ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Program podpory
chronicky nemocných

POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ - EDUKAČNÍ POBYT

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O ÚČASTI (VYPLNÍ POŘÁDAJÍCÍ ORGANIZACE)

Organizace:

Název:

IČO:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR absolvoval:

EDUKAČNÍ POBYT, TRVAL ASPOŇ 3 DNY (2 NOCI), KTERÝ NENÍ HRAZEN Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ
EDUKAČNÍ KURZ

Datum konání:

od

do

Datum úhrady:

Výše úhrady:

Kč

3. VYHODNOCENÍ EFEKTU

Vyhodnocení kompenzace onemocnění po ukončení podpořeného projektu do konce kalendářního roku:

ZHORŠENÍ

BEZE ZMĚNY

ZLEPŠENÍ

Datum vyhodnocení:

O příspěvek je možné žádat do tří měsíců od data vyhodnocení.

Potvrzujeme, že částka za pobyt byla uhrazena v plné výši. Tento formulář nahrazuje platební doklad.
ZP MV ČR si vyhrazuje právo vyžádat si originály platebních dokladů.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **organizace**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: