



ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

211

Program pro dárce krve  
nebo jejich součástí,  
kostní dřeně a orgánů

## POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ - LÁZEŇSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE

### 1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

### 2. POTVRZENÍ O ÚHRADĚ (VYPLNÍ LÁZEŇSKÉ ZAŘÍZENÍ)

Lázeňské zařízení:

Název:

IČO:

Potvrzujeme, že se pojištěnec ZPMVČR účastnil lázeňského rehabilitačního pobytu:

V období:

od

do

Uhrazen dne:

Celková částka (ubytování, strava, léčebné procedury):

Kč

Z toho částka na léčebné procedury (minimálně 40 % výše příspěvku):

Kč

V příloze zasíláme rozpis léčebných procedur.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **lázeňské zařízení**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: