



ZDRAVOTNÍ  
POJIŠTOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

211

Program podpory  
chronicky nemocných dětí  
LOP

## POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ

### 1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

### 2. INFORMACE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Telefon:

E-mail:

### 3. POTVRZENÍ O ÚHRADĚ (VYPLNÍ POŘÁDAJÍCÍ ORGANIZACE NEBO UBYTOVATEL)

Organizace nebo ubytovatel:

Název:

IČO:

Potvrzujeme, že pojištěnec byl ubytován v uvedeném termínu a uvedená částka byla uhrazena za jeho osobu:

Datum konání:

od

do

Místo konání:

\* Datum úhrady plateb:

Výše úhrady za všechny osoby:

Kč

Počet osob, za které byla uhrazena platba za celý pobyt:

Výše úhrady za pojištěnce uvedeného v sekci 1 výše:

Kč

\* Nedílnou součástí potvrzení o účasti jsou vydané dokumenty prokazující zakoupení/zaplacení pobytu (smlouva o zájezdu, faktura, výpis z banky, příjmový doklad v hotovosti atp.).

Datum potvrzení:

Razítko organizace a podpis: