Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

Vyberte ze seznamu: (ředitelství) / (úsek výkonu)

Vyberte ze seznamu: (prázdné pole pro ředitelství) / (pracoviště úseku výkonu)



Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

Ředitelství: Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, tel. 272 095 111



Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

Ředitelství: Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, tel. 272 095 111



**PODPISOVÝ ARCH – Dozorčí rada ZP MV ČR**

Já, níže podepsaný(á), tímto vyjadřuji podporu kandidatury na člena **Dozorčí rady**

Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky, se sídlem Praha 3, Vinohrady, Vinohradská 2577/178, PSČ 130 00, IČO 47114304, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7216, (dále jen „***ZP MV ČR***“)

ve volbách do **Dozorčí rady** ZP MV ČR konaných ve dnech 11. 6. – 13. 6. 2025

kandidátu:……………………………………………………., datum narození:………………………..,

trvale bytem:…………………………………………………………………………………………………,

kandidujícímu ve skupině plátců pojistného:

**zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné**

v souladu s ustanovením § 10b odst. 1 písm. d) ve spojení s ustanovením § 10b odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Já, níže podepsaný(á), tímto také souhlasím se zpracováním mých osobních údajů ze strany ZP MV ČR, a to:

* Jména/jmen, příjmení, čísla pojištěnce a vlastnoručního podpisu (dále jen „***osobní údaje***“).

Mé osobní údaje specifikované v tomto souhlase budou ZP MV ČR zpracovány výhradně za účelem výše uvedených voleb do **Dozorčí rady ZP MV ČR.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pořadové číslo podporovatele** | **PŘÍJMENÍ** | **JMÉNO/JMÉNA** | **ČÍSLO POJIŠTĚNCE** | **PODPIS POJIŠTĚNCE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Pořadové číslo podporovatele** | **PŘÍJMENÍ** | **JMÉNO/JMÉNA** | **ČÍSLO POJIŠTĚNCE** | **PODPIS POJIŠTĚNCE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Pořadové číslo podporovatele** | **PŘÍJMENÍ** | **JMÉNO/JMÉNA** | **ČÍSLO POJIŠTĚNCE** | **PODPIS POJIŠTĚNCE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |