

## Письмове свідчення /Афідевіт/Čestné prohlášení

Особи, які мають візу Тимчасового захисту згідно із Законом № 65/2022 36./  
osoby, která je držitelem víza o strpění dle zákona č. 65/2022 Sb.

Ім'я / Jméno.....

Прізвище / Příjmení.....

Страховий номер / Číslo pojištění.....

Контактні дані, (тел., e-mail) / Kontakt (tel., e-mail).....

Неповнолітні діти, яким я являюсь законним представником, або довірені мені на виховання (вказати ім'я, прізвище та страховий номер) / Neplnoleté děti, kterým jsem zákonným zástupcem nebo mi jsou svěřeny do péče (vyplňte jméno, příjmení a číslo pojištění):

.....  
.....  
.....

Цим я заявляю, що я закінчив/ла своє довгострокове перебування в Україні разом із вищевказаними. У зв'язку з цим я прошу продовжити моє медичне страхування в Чеській Республіці з дати

Prohlašuji tímto, že jsem ukončil dlouhodobý pobyt na Ukrajině společně s výše uvedenými. Tímto žádám o obnovení veřejného zdravotního pojištění v ČR od data návratu:

.....

Я заявляю, що припиняю свою участь у державному медичному страхуванні за власним бажанням. Мені відомо, що від вищевказаної дати медичне страхування не являється дійсним та правомірним. Далі будь-які заподіяні шкоди це обов'язок власної відповідальності.

Мені відомо, що я зобов'язана/ний інформувати про офіційне перебування в Україні. Під час тривалого перебування за кордоном не маю права користуватися медичними послугами в Чеській Республіці. RBP має право вимагати від мене компенсації за несанкціоноване використання медичних послуг./

Jsem si vědom/a/, že svůj pobyt na Ukrajině mám povinnost doložit. V době dlouhodobého pobytu v zahraničí nemám nárok čerpat zdravotní služby v ČR. RBP má právo po mé osobě vyžadovat náhradu škody za neoprávněné čerpání zdravotních služeb.

B/V....., дата/dne .....

Підпис/podpis