

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 згадані вище особи припиняють своє перебування в ЧР з:/
Prohlašuji tímto, že osoby výše uvedené ukončují pobyt v ČR ke dni:

.....

Я заявляю, що припиняю свою участь у державному медичному страхуванні за власним бажанням, а також що я зобов'язана/ний офіційно інформувати про перебування в Україні. Мені відомо, що від вищевказаної дати медичне страхування не являється дійсним та правомірним. Далі будь-які заподіяні шкоди це обов'язок власної відповідальності./

Prohlašuji, že ukončuji svou účast ve veřejném zdravotním pojištění na vlastní žádost a jsem si vědom/a/, že svůj pobyt na Ukrajině mám povinnost doložit. Od výše uvedeného data je čerpání zdravotních služeb považováno za neoprávněné. Vzniklou škodu je povinností uhradit.

B/V....., дата/dne

Підпис/podpis