

**Письмове свідчення /Афідевіт/**Čestné prohlášení

**Особи, які мають візу Тимчасового захисту згідно із Законом № 65/2022 Зб./**

osoby, které jsou držitelem víza o strpění dle zákona č. 65/2022 Sb.

**Ім’я** / Jméno………..……………………………………………………………………………..

**Прізвище** / Příjmení….…….…………………………………………………………………….

**Страховий номер** / Číslo pojištěnce……………..…………………………………………….

**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 pojištěnce):

……..……………………………………………………………………………………………

.…….……………………………………………………………………………………………

.…….……………………………………………………………………………………………

**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 використування 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.

**В**/V…………………….., **дата**/dne …………….

 **Підпис**/podpis