

**Письмове свідчення /Афідевіт/**Čestné prohlášení

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

osoby, která je 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 згадані вище особи припиняють своє перебування в ЧР з:/**

Prohlašuji tímto, že osoby výše uvedené ukončuji 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.

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

 **Підпис**/podpis