

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

**k nákupu desinfekčních prostředků**

**osoby čerpající příspěvky z preventivního a bonusového programu RBP, zdravotní pojišťovny**

Jméno a příjmení: ..........................................................

číslo pojištěnce: ..........................................................

adresa: ..........................................................

telefon, e-mail: ..........................................................

Prohlašuji, že všechny desinfekční přípravky vyznačené na účetních dokladech, které předkládám RBP, zdravotní pojišťovně za účelem čerpání příspěvků z  preventivního a bonusového programu, jsou desinfekční přípravky obsahující alkohol (např. ethanol, izopropylalkohol).

Podpisem tohoto prohlášení rovněž potvrzuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé a jsou poskytovány dobrovolně.

**Poučení k prohlášení**

Bude-li prokázáno, že některý z desinfekčních přípravků uvedených v dokladech předávaných RBP nebude splňovat náležitosti dle výše uvedeného, je příjemce povinen neoprávněně čerpané prostředky RBP vrátit.

Dne ….............................................

 ………………………………………………….

 podpis pojištěnce (zákonného zástupce)

Uvedené osobní údaje jsou RBP, zdravotní pojišťovnou zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění dle právních předpisů ČR. Jejich zpracování je upraveno obecným nařízením o ochraně osobních údajů GDPR (č. 2016/679) a navazujícími právním předpisy.