

ÚDAJE POJIŠTĚNCE

Číslo pojištění	Příjmení	Jméno
Ulice	Obec	Číslo popisné PSČ
Telefon	Email	

VYBRAT PŘÍSPĚVKY

Příspěvek	Částka
Příspěvek	Částka
Příspěvek	Částka
Příspěvek	Částka

Přiložené doklady:

ÚHRADU POUKÁZAT NA ÚČET

Číslo účtu

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE, OPRÁVNĚNÁ OSOBA, OPATROVNÍK

Číslo pojištění	Příjmení	Jméno
-----------------	----------	-------

PODPIS OPRÁVNĚNÉ OSOBY

Prohlašuji, že všechny uvedené skutečnosti jsou úplné a správné, a že jsem oprávněn/a k podání a podpisu předkládané žádosti.

Zastupující osoba, která není pojištěncem RBP, zdravotní pojišťovny souhlasí se zpracováváním svých osobních údajů poskytnutých na tomto formuláři po dobu 10 let, a to za účelem zajištění služeb spojených s úhradou příspěvku Preventivního a bonusového programu, a potvrzuje, že se seznámila s informacemi o ochraně osobních údajů uvedenými na stránce www.rbp213.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju-gdpr/a-125/.

Podpis _____

Datum

VYPLNÍ ZAMĚSTNANEC POJIŠŤOVNY

Podpis zaměstnance _____

Datum