

Oznámení změny kategorie plátce
Повідомлення про зміну категорії платника

Jméno a příjmení / **Ім'я та прізвище:**

číslo pojištěnce / **№ страхування:**

Bydliště / **Адреса**

e-mail: telefon / **телефон:**

Žádám o zařazení mé osoby bez zdanitelných příjmů do kategorie samoplátce zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů v termínu: / **Я прошу додати мене, особу без оподатковуваного доходу до категорії самоплатників із медичного страхування згідно із Законом № 48/1997 Зб. зі змінами та доповненнями:**

od / **від** do / **до**

Beru na vědomí, že jsem povinen dle zákona č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů hradit zdravotní pojištění v zákonem stanovené výši. / **Я розумію, що згідно із Законом 592/1992 Зб. зі змінами, я зобов'язаний/на сплачувати медичне страхування в розмірі, встановленому законом.**

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o povinnosti hlásit a doložit RBP, zdravotní pojišťovně každou změnu do 8 dnů od jejího vzniku. / **Своїм підписом підтверджую, що мене проінформували в повному обсязі про зобов'язання повідомляти та документально наголошувати RBP, медичну страхову компанію, про кожну зміну протягом 8 днів після її виникнення.**

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů (e-mail, telefon) RBP, zdravotní pojišťovnou (dále jen RBP), IČO: 476 73 036, jakožto správce údajů. Souhlas mohu kdykoliv odvolat. / **Я погоджуюся на обробку персональних даних (електронної пошти, телефону) RBP, медичної страховій компанії (далі тільки RBP), ІЧО: 476 73 036, як адміністратора даних. Я можу відкликати свою згоду в будь-який момент.**

V / **В** dne / **дата**

.....
podpis / **підпис**