

OZNÁMENÍ O ZMĚNĚ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Zaměstnanec:

Pan(i):

Rodné číslo:

Trvale bytem:

Sdělují Vám, že ode dne jsem pojištěncem této zdravotní pojišťovny:
úplný název pojišťovny:

Tuto skutečnost dokládám: (zakroužkujte):

- a) Fotokopii průkazu pojištěnce
- b) Fotokopii registrační karty příslušné zdravotní pojišťovny

V Praze, dne

Podpis zaměstnance: