

IZJAVA / PROHLÁŠENÍ

O PODACIMA IZ EUROPSKE KARTICE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA / O ÚDAJÍCH Z EVROPSKÉHO PRŮKAZU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

- Češki osiguranik dužan je uz predočenje europske kartice zdravstvenog osiguranja ili certifikata podatke s europske kartice ispisati na ovoj izjavi (izjavu može ispuniti i osoba pratnji), ili je dužan predati kopiju kartice ili certifikata.
- Český pojištěnec je povinnen současně s předložením Evropského průkazu zdravotního pojištění nebo Potvrzení přepsat údaje z průkazu do tohoto Prohlášení (Prohlášení může vyplnit i doprovázející osoba), nebo je povinnen předat kopii Evropského průkazu či Potvrzení.

1. Dokaz o osiguranju / Doklad o pojištění

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> europska kartica zdravstvenog osiguranja/ Evropský průkaz zdravotního pojištění |
| <input type="checkbox"/> certifikat / Potvrzení |

2. Oznaka države koja je izdala dokaz o osiguranju / Označení státu, který vydal doklad o pojištění

.....

Podaci o osiguranoj osobi / Údaje o pojištěnci

- | |
|---|
| 3. Prezime / Příjmení |
| 4. Ime / Jméno..... |
| 5. Datum rođenja / Datum narození..... |
| 6. Identifikacijski broj osobe / Číslo pojištěnce |

Podaci o nadležnom nositelju osiguranja / Údaje o příslušném nositeli pojištění

- | |
|--|
| 7. Identifikacijski broj nositelja / Identifikační číslo nositele..... |
| Ime nositelja / Název nositele..... |
| |

Podaci o kartici / Údaje o průkazu

- | |
|--|
| 8. Identifikacijski broj kartice / Číslo průkazu |
| 80203..... |

Podaci o važenju / Údaje o platnosti

- | |
|--------------------------------|
| 9. Vrijedi do / Platný do..... |
|--------------------------------|

U / V,

(mjesto i datum / místo a datum)

Potpis osigurane osobe / Podpis pojištěnce

.....

Ovjera doktora koji je uslugu pružio / Ověřeno lékařem, který poskytl ošetření

.....