

# ŽÁDOST

## O PŘÍSPĚVEK NA LETNÍ INDIVIDUÁLNÍ OZDRAVNÝ POBYT DÍTĚTE U MOŘE



### DÍL 1

Žádám o příspěvek pro své dítě na letní individuální  
ozdravný pobyt u moře.

**Jméno a příjmení dítěte:**

Číslo pojištěnce:

**Jméno a příjmení zákonného zástupce** pojištěného u VoZP:

Číslo pojištěnce:

Adresa pro korespondenci:

Telefon:

E-mail (čitelně):

**Informace o zpracování osobních údajů.**

Osobní údaje uvedené v tomto dokumentu jsou zpracovávány Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky na základě oprávněného zájmu v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), ve znění pozdějších předpisů. Informace o ochraně osobních údajů najdete na [www.vozp.cz](http://www.vozp.cz).

VoZP ČR si vyhrazuje právo ukončit poskytování příspěvku po vyčerpání finančního limitu stanoveného zdravotně pojistným plánem VoZP ČR.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s podmínkami přiznání příspěvku a že službu, na kterou žádám o příspěvek, čerpal pojištěnec, jehož jsem zákonným zástupcem. Dále prohlašuji, že jsem oprávněným uživatelem výše uvedeného účtu a že veškeré údaje uvedené v žádosti jsou úplné, pravdivé a nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti podstatné pro přiznání příspěvku.

V

dne

Jméno a příjmení  
zák. zástupce

Podpis  
zák. zástupce dítěte

**VYPLŇUJE VoZP ČR:** Žádost a přílohy bez nedostatků

Celkem k proplacení:

Datum:

Zpracoval – podpis:

# ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA LETNÍ INDIVIDUÁLNÍ OZDRAVNÝ POBYT DÍTĚTE U MOŘE

## DÍL 2 - Potvrzení o zdravotním stavu dítěte

vyplní odborný ošetřující kožní lékař dítěte (dermatolog)

Jméno a příjmení dítěte

Číslo pojištěnce:

Adresa:

### ZDRAVOTNÍ INDIKACE K INDIVIDUÁLNÍMU PŘÍMOŘSKÉMU POBYTU (označte)

- |     |                                 |     |                                |
|-----|---------------------------------|-----|--------------------------------|
| L20 | atopická dermatitida            | L25 | neurčená kontaktní dermatitida |
| L21 | seboroická dermatitida          | L30 | jiná dermatitida               |
| L23 | alergická kontaktní dermatitida | L40 | lupénka – psoriáza             |

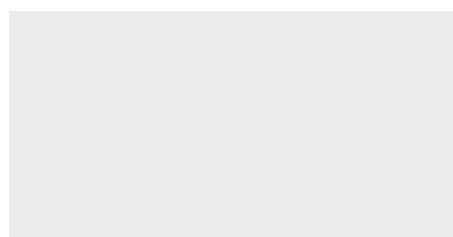
Anamnéza:

Nynější onemocnění, objektivní nález:

(doba léčení, dispenzarizace, dosavadní léčba, četnost kontrol, příp. další odborné nálezy přiložte)

Potvrzuji, že dítě je schopno absolvovat 15denní  
přímořský pobyt a nejsou mi známy obecné  
kontraindikace k jeho absolvování.

Dne



Razítko ZZ, jmenovka  
a podpis ošetř. kožního lékaře

#### VYPLŇUJE REVIZNÍ LÉKAŘ VoZP ČR:

Vyjádření RL: Schvaluji Neschvaluji

Datum:

Podpis a razítko  
RL: