VOUCHER - ZDRAVÁ FIRMA (VZOR - upravitelný) **logo partner/vložit do záhlaví**

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO KLIENTY VZP ČR

**Získejte příspěvek až 2000 Kč!**

Jméno a příjmení zaměstnance Číslo pojištěnce/datum narození

Číslo střediska Kód voucheru

\* Voucher je bez vyplnění kódu neplatný a jeho držitel nemá nárok na čerpání finančního příspěvku.

Souhlasím s tím, aby osobní údaje uvedené na tomto voucheru zpracovala Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP ČR) v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Poskytnuté údaje budou zpracovávány pouze v rozsahu nezbytném pro předávání informací týkajících se marketingových účelů VZP ČR a dále pak informací týkajících se činností a klientských služeb provozovaných VZP ČR. Tento souhlas se vztahuje i na všechny další zpracovatele uvedených dat, resp. osoby, které jsou oprávněny poskytovat služby spojené s výhodami a benefity pojištěncům VZP ČR.

Příspěvek je určen zaměstnanci firmy **Česká zbrojovka a.s.**, který je pojištěncem VZP ČR.

Finanční příspěvek čerpám ve výši **2000 Kč** na: Číslo bankovního účtu a kód banky pro zaslání příspěvku

* **Vitamínové preparáty a doplňky stravy**

 /

* **Dentální hygienu**
* **Péči fyzioterapeuta, maséra a rehabilitačního lékaře nad rámec hrazené péče**
* **Ostatní**

 E-mail

…………………………………………………………………

Podpis pojištěnce

**POTVRZENÍ zaměstnavatele** – vyplní personální oddělení FIRMy

Pracoviště Adresa pracoviště

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec VZP je zaměstnancem výše uvedeného pracoviště.

………………………………………………………………………………………………

Datum Razítko a podpis zaměstnavatele

**Podmínky účasti v preventivním programu pro klienty VZP**

Preventivní program Všeobecné zdravotní pojišťovny je určen pro zaměstnance **Česká zbrojovka a. s.,**  kteří jsou pojištěnci VZP ČR,
VZP ČR poskytne finanční příspěvek pouze na:

* **Vitamínové preparáty a doplňky stravy**
* **Dentální hygienu**
* **Péči fyzioterapeuta, maséra a rehabilitačního lékaře nad rámec hrazené péče**
* **Ostatní**

VZP ČR poskytne finanční příspěvek pojištěnci, který nejpozději do 30. 11. 2017 předloží na kterémkoliv klientském pracovišti VZP ČR, Regionální pobočky Ostrava, pobočky pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj, tento vyplněný voucher s razítkem a podpisem personálního útvaru potvrzujícím zaměstnanecký poměr, doklad o zaplacení příspěvku na výše uvedené aktivity.