[](http://www.google.cz/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiI2Y_Nr4jUAhXIvBQKHbgxCIEQjRwIBw&url=http://www.mnof.cz/&psig=AFQjCNGmJwT6EqDKpGmM3-FAhftyMFORKg&ust=1495709798475816)VOUCHER

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO KLIENTY VZP ČR

**Získejte příspěvek až 500,- Kč!**

**Jméno a příjmení zaměstnance** **Číslo pojištěnce**

**Pracoviště** **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 výše uvedenému zaměstnanci firmy, který je pojištěncem VZP ČR.

Finanční příspěvek čerpám ve výši 500,- Kč na:

**Číslo bankovního účtu a kód banky pro zaslání příspěvku**

* **Očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění**
* **Přípravky podporujících imunitu**
* **Rekondiční, kondiční, rehabilitační a pohybové aktivity**
* **Ostatní**

**Telefon**

**E-mail**

…………………………………………………………………

Podpis pojištěnce

POTVRZENÍ zaměstnavatele – vyplní personální oddělení firmy

**Pracoviště**  **Adresa pracoviště**

Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace Nemocniční 898/20A, 728 80 Ostrava – Moravská Ostrava

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec VZP ČR je zaměstnanec uvedeného pracoviště firmy.

……………………………………………………………………………

Datum Razítko a podpis

Za správnost údajů odpovídá personální oddělení firmy.

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

* Preventivní program Všeobecné zdravotní pojišťovny je určen pro zaměstnance firmy, kteří jsou pojištěnci VZP ČR, a ke dni podání žádosti   
  o poskytnutí příspěvku nedluží na zdravotním pojištění včetně příslušenství dle zákona č. 48/1997 Sb, o veřejném zdravotním pojištění,   
  ve znění pozdějších předpisů.
* VZP ČR poskytne finanční příspěvek pouze na:
* **Očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění,**
* **Přípravky podporujících imunitu,**
* **Rekondiční, kondiční, rehabilitační a pohybové aktivity,**
* **Ostatní**
* VZP ČR poskytne finanční příspěvek pojištěnci, který nejpozději do 31. 08. 2017 předloží na kterémkoliv klientském pracovišti VZP ČR nebo předá prostřednictvím personálního oddělení:
* tento vyplněný voucher s razítkem a podpisem personálního útvaru potvrzujícím zaměstnanecký poměr
* doklad o zaplacení výše uvedené aktivity v Kč. Doklad nesmí být starší než 3 kalendářní měsíce, s datem vystavení od data uzavření smlouvy mezi VZP ČR a firmou.