



SMLOUVA O SPOLUPRÁCI (S UVEŘEJNĚNÍM)

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
se sídlem Praha 3, Vinohrady, Vinohradská 2577/178, PSČ 130 00,
IČO: 471 14 304,
zapsaná v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7216,
zastoupená Ing. Miroslavem Pechou, CSc., ředitelem divize Čechy
bankovní spojení: [REDACTED]

(dále též jako „**ZP MV ČR**“),

a

Statutární město České Budějovice
se sídlem České Budějovice, nám. Přemysla Otakara II 1/1, PSČ 370 92
IČO: 002 44 732,
zastoupené [REDACTED]

(dále též jako „**Zaměstnavatel**“),

(ZP MV ČR a Zaměstnavatel společně též jako „**Smluvní strany**“ nebo jednotlivě jako
„**Smluvní strana**“)

uzavřeli níže uvedeného kalendářního dne, měsíce a roku v souladu s ustanovením § 1724 a
§ 1746 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů
(dále jen „**občanský zákoník**“)

tuto

SMLOUVU O SPOLUPRÁCI

(dále jen „**Smlouva**“)

Článek I. Účel Smlouvy

1. V souladu s ustanovením § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „**zákon č. 280/1992 Sb.**“), ZP MV ČR vytvořila fond prevence určený na podporu a realizaci preventivních a léčebných zdravotnických programů, a za účelem úhrady zdravotní péče o pojištěnce ZP MV ČR, která není hrazena

z finančních prostředků základního fondu zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem č. 280/1992 Sb.

2. Preventivní program, který je určen ke zlepšení zdravotního stavu pojištěnců registrovaných u ZP MV ČR, kteří jsou zároveň v pracovním poměru u Zaměstnavatele (dále jen „**pojištěnec**“), a vykonávají profese s významným zdravotním rizikem souvisejícím s jejich výkonem (dále jen „**Program**“).
3. Účelem této Smlouvy je sjednat vzájemné podmínky spolupráce ZP MV ČR a Zaměstnavatele při realizaci Programu pro pojištěnce zaměstnané u Zaměstnavatele.

Článek II.

Práva a povinnosti ZP MV ČR

1. ZP MV ČR realizuje Program na základě rozhodnutí Správní rady ZP MV ČR, která současně schvaluje pro Zaměstnavatele příslušný finanční rozpočet na jeden kalendářní rok.
2. Výše finančního objemu dle Čl. IV. odst. 1 této Smlouvy se odvozuje od počtu pojištěnců ZP MV ČR u Zaměstnavatele k 31. 8. předchozího kalendářního roku.
3. Program bude realizován dle konkrétní nabídky položek dle Přílohy č. 1 této Smlouvy (dále též jen „**položky**“), nazvané „Nabídka položek Programu v roce 2023“ ze strany ZP MV ČR Zaměstnavateli.
4. ZP MV ČR má právo nabízet pojištěncům souběžně jakékoliv další příspěvky z fondu prevence stanovené pro pojištěnce ZP MV ČR.

Článek III.

Práva a povinnosti Zaměstnavatele

1. Zaměstnavatel vybere pojištěnce, kteří budou mít možnost se Programu zúčastnit, případně si stanoví další vlastní podmínky pro zařazení svých zaměstnanců do Programu s tím, že tyto podmínky musí odpovídat podmínkám ZP MV ČR dle Přílohy č. 1 této Smlouvy (věcné položky). Zaměstnavatel je odpovědný za výběr pojištěnců v souladu s účelem Smlouvy dle Čl. I. odst. 2 Smlouvy (vykonávají profese s významným zdravotním rizikem souvisejícím s jejich výkonem). ZP MV ČR si vyhrazuje právo vyřadit vybraného pojištěnce, pokud jeho výběr nebude v souladu s Přílohou č. 1 nebo v souladu s právními předpisy a strategií ZP MV ČR.
2. Zaměstnavatel definuje počet vybraných pojištěnců, výši příspěvku pro každého z nich a položku z nabídky dle Čl. II. odst. 3 této Smlouvy položky Programu pro každého z nich, a informuje o svém záměru ZP MV ČR.
3. Při objednávání a úhradě jednotlivých typů vybraných položek bude postupováno takto:
Vybraný pojištěnec zakoupí službu

- i. preventivní prohlídky, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění

1. prevence kožních nádorů – digitální dermatoskop,
2. vyšetření za účelem zjištění diabetes mellitus – vyšetření krve,
3. vyšetření za účelem zjištění osteoporózy - densitometrem,
4. vyšetření za účelem zjištění kardiovaskulárních onemocnění - EKG - do 40 let věku (počítáno dle data narození),
5. vyšetření za účelem zjištění nadváhy a obezity – na bodystatu u poskytovatele zdravotních služeb nebo v lékárně,
6. vyšetření u optometristy,
7. podpora duševního zdraví
podmínky zde: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/bonusy-na-prevenci/program-podpory-dusevniho-zdravi>),
8. laboratorní vyšetření,
9. dentální hygiena

- i. zdravotní služby - ambulantní rehabilitace: vodoléčba, elektroléčba, rehabilitace, fyzioterapie, tělesná výchova, fyzikální terapie (galvanizace, iontoforéza, diadynamik, ultrazvuk, magnetoterapie, parafin, diatermie, vasotrain apod.), oxygenoterapie, vstup do sauny nebo polária. Nevztahuje se na masáže.
- ii. vitamíny nebo kloubní výživa zakoupené v lékárně,
- iii. permanentku na sportovní pohybovou aktivitu v minimální hodnotě 800 Kč.

Po realizaci ostatních položek pod bodem 3 pojištěnec se standardním platebním dokladem požádá na ZP MV ČR o příspěvek, který mu ZP MV ČR uhradí na jeho bankovní účet. Pro tento účel bude mít Zaměstnavatel k dispozici formulář ZP MV ČR, na kterém bude uvedeno, že se jedná o „Program“ dle této smlouvy.

4. Zaměstnavatel se zavazuje informovat pojištěnce a popř. kontaktní osoby Zaměstnavatele (viz Příloha č. 2 a 3) o tom, že osobní údaje v rozsahu potřebném pro plnění Smlouvy budou poskytnuty a zpracovány též ZP MV ČR a na požádání ZP MV ČR toto kdykoliv doložit.
5. Zaměstnavatel se zavazuje, v přiměřené lhůtě po výzvě ZP MV ČR, nahradit ZP MV ČR škodu, která jí vznikne z jakýchkoli nároků (zejména peněžitých náhrad a pokut) úspěšně uplatněných třetími osobami, a to zejména subjekty údajů nebo Úřadem pro ochranu osobních údajů, které vznikly Zaměstnavatelovým porušením povinností stanovených 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, zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění nebo Smlouvou.



Článek IV. Platební podmínky

1. Celkový finanční objem na realizaci Programu pro Zaměstnavatele na dobu trvání této Smlouvy je stanoven **ve výši 58 000,- Kč** (slovy: padesát osm tisíc korun českých). Tato částka nemusí být Zaměstnavatelem dočerpána.
2. ZP MV ČR hradí položky Programu poskytnuté v souladu s Přílohou č. 1 této Smlouvy výhradně v případě, že zařazený pojištěnec je pojištěncem ZP MV ČR jednak k datu zařazení pojištěnce do Programu Zaměstnavatelem, jednak k datu požádání o příspěvek, a jednak jsou-li splněny podmínky dle Čl. III. odst. 1 této Smlouvy. O této skutečnosti je Zaměstnavatel povinen své zaměstnance informovat.
3. Čerpání finančního objemu na jednotlivé položky je stanoveno následovně:

Položka	Celková částka v Kč	Počet ks
Poukaz na nákup vitamínů nebo kloubní výživy v lékárně	58 000 Kč	290 ks

Článek V. Ostatní práva a povinnosti Smluvních stran

Smluvní strany se zavazují poskytovat si navzájem potřebnou součinnost a na vyžádání podat druhé Smluvní straně informace o průběhu plnění předmětu Smlouvy a aktuálním stavu realizace programu.

Článek VI. Doba trvání Smlouvy a zánik závazkového vztahu

1. Tato Smlouva je uzavřena na dobu určitou do 31. 12. 2023. V případě, že dojde k vyčerpání částky uvedené v Čl. IV. odst. 1 této Smlouvy před skončením doby trvání této Smlouvy, pak se závazkový vztah z této Smlouvy k tomuto datu zaniká.
2. Smluvní strany mají právo Smlouvu vypovědět bez udání důvodů s měsíční výpovědní lhůtou, která počíná běžet ode dne následujícího po doručení výpovědi druhé Smluvní straně.
3. ZP MV ČR je oprávněna od této Smlouvy odstoupit v důsledku legislativní změny právního řádu České republiky, rozhodnutí státních orgánů České republiky, rozhodnutí orgánů ZP MV ČR nebo snížení objemu vyčleněných finančních prostředků dojde ke znemožnění nebo omezení plnění této Smlouvy. Odstoupením od Smlouvy závazek zaniká ke dni doručení projevu vůle jedné Smluvní strany směřujícího k odstoupení od Smlouvy druhé Smluvní straně, a tím že účinky odstoupení se řídí ust. § 2004 odst. 2 a 3 občanského zákoníku.
4. V případě výpovědi této Smlouvy nebo odstoupení od této Smlouvy se ZP MV ČR zavazuje uhradit náklady pouze na ty položky Programu, které byly objednány

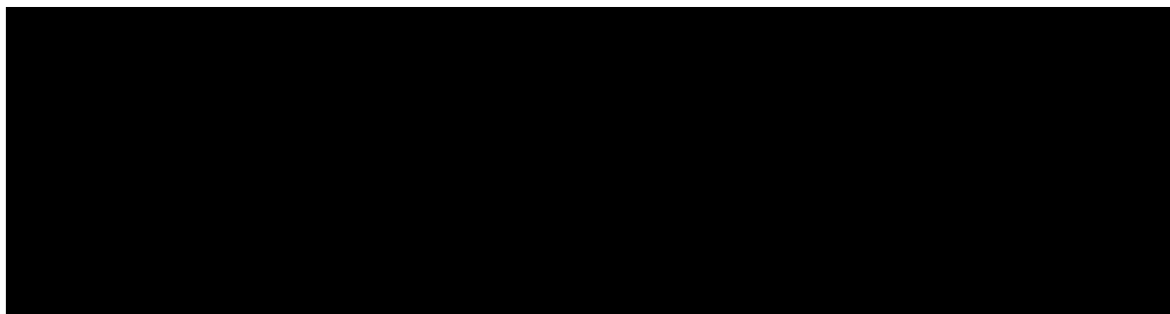
pro pojištěnce ještě do doby doručení výpovědi nebo doručení oznámení o odstoupení od Smlouvy druhé Smluvní straně.

Článek VII. Uveřejňovací ustanovení

1. Zaměstnavatel prohlašuje, že si je vědom toho, že ZP MV ČR jako povinný subjekt dle zákona č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), ve znění pozdějších předpisů (dále jen "**zákon o registru smluv**"), je povinna uveřejnit v Registru smluv, jehož správcem je Ministerstvo vnitra, tuto Smlouvu, včetně jejích případných změn a dodatků, za splnění podmínek k uveřejnění dle zákona o registru smluv, a s uveřejněním Smlouvy v plném znění/kromě částí výslovně označených, které spadají pod výjimky z uveřejnění dle zákona o registru smluv, souhlasí.
2. ZP MV ČR se zavazuje Smlouvu uveřejnit ve lhůtě do 15 dnů od jejího uzavření v Registru smluv. Zaměstnavatel je povinen po uplynutí této lhůty, nejpozději do 20 dnů ode dne, kdy byla Smlouva uzavřena, v Registru smluv ověřit, zda ZP MV ČR řádně uveřejnila, a pokud se tak nestalo, je povinen Smlouvu uveřejnit sám a o této skutečnosti informovat ZP MV ČR.

Článek VIII. Závěrečná ustanovení

1. Tato Smlouva nabývá platnosti dnem jejího podpisu poslední ze Smluvních stran a účinnosti dnem uveřejnění v Registru smluv dle Čl. VII. odst. 2 této Smlouvy.
2. Pokud tato Smlouva nestanoví jinak, řídí se smluvní vztahy mezi stranami příslušnými ustanoveními občanského zákoníku. Podmínky upravené veřejnoprávními předpisy (zejména základní podmínky hrazení příspěvků z fondu prevence) se řídí primárně právními předpisy veřejného zdravotního pojištění a je-li Smlouva v rozporu s některým jejích ustanovením, nelze jí v tomto rozsahu aplikovat ani se jí dovolávat.
3. Kontaktní osoby Smluvních stran:



4. Veškeré změny Smlouvy musí být učiněny pouze písemně.

5. Nedílnou součástí Smlouvy jsou tyto přílohy:

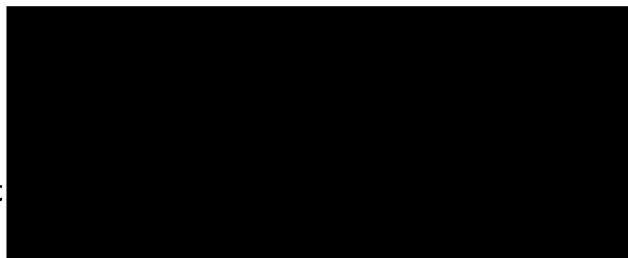
- Příloha č. 1- Nabídka položek Programu v roce 2023
- Příloha č. 2 - Vzorové poukazy
- Příloha č. 3 - Vzor požadavku Zaměstnavatele na ZP MV ČR

6. Tato Smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech. Každá ze Smluvních stran obdrží po jednom stejnopise smlouvy s platností originálu.

7. Smluvní strany prohlašují, že si tuto Smlouvu před jejím podpisem řádně přečetly a na důkaz souhlasu s obsahem Smlouvy připojují oprávnění zástupci Smluvních stran svoje vlastnoruční podpisy.

V Praze dne 15. 8. 2023

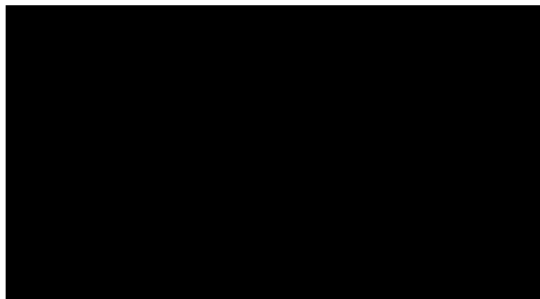
ZP MV ČR:



Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
České republiky,
Ing. Miroslav Pecha, CSc.
ředitel divize Čechy

V Českých Budějovicích dne 8. 8. 2023

Zaměstnavatel:



MAGISTRÁT MĚSTA
ČESKÉ BUDĚJOVICE
kancelář tajemníka
personální oddělení

Budějovice

Smlouva o spolupráci – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky – Statutární město České Budějovice



ISO 9001



ISO 9001

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
se sídlem: Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, IČ 47114304,
zapsána v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7216
Kód pojišťovny 211, infolinka: 844 211 211, e-mail: info@zpmvcr.cz, www.zpmvcr.cz

Příloha č. 1 – Nabídka položek Programu v roce 2023

Vitamíny nebo kloubní výživa zakoupené v lékárně	akceptované položky součástí poukazu	výši příspěvku určuje zaměstnavatel
Preventivní prohlídky, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění	výčet ve smlouvě	výši příspěvku určuje zaměstnavatel
Ambulantní rehabilitace	výčet ve smlouvě a na poukazu	výši příspěvku určuje zaměstnavatel
Sportovní pohybové aktivity	podmínka min. 800,- Kč permanentka	výši příspěvku určuje zaměstnavatel



A. vzor poukazu na preventivní prohlídky

Zaměstnavatel pojištěnce ZP MV ČR, vč. IČO vyplní ZP MV ČR

Číslo poukazu vyplní ZP MV ČR – každý poukaz je originál / 2023

Jméno a příjmení pojištěnce ZP MV ČR vyplní pojištěnec

Rodné číslo pojištěnce ZP MV ČR vyplní pojištěnec

Číslo bankovního účtu pojištěnce ZP MV ČR vyplní pojištěnec

Maximální výše příspěvku vyplní ZP MV ČR (dle požadavku v příloze smlouvy o spolupráci)

Jméno a příjmení kontaktní osoby zaměstnavatele, vč. tel. č. vyplní ZP MV ČR

Datum **Podpis kontaktní osoby zaměstnavatele**

Veškeré vyplněné osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Více informací o zpracování osobních údajů v souvislosti s příspěvkem z Fondu prevence naleznete zde: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/formulare>, obecné informace o zpracování osobních údajů v ZP MV ČR pak zde <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/gdpr/zpracovani-osobnich-udaju-v-zp-211>

Datum **Podpis pojištěnce**

Pokyny

1. Příspěvek bude uhrazen výhradně na základě schváleného „Poukazu ZP MV ČR“.
2. Smluvního poskytovatele si vybírá pojištěnec.
3. Jedná se o preventivní vyšetření za účelem:
 - a. prevence kožních nádorů – dermatoskop,
 - b. vyšetření za účelem zjištění diabetes mellitus – vyšetření krve,
 - c. vyšetření za účelem zjištění osteoporózy - denzitometrem,
 - d. vyšetření za účelem zjištění kardiovaskulárních onemocnění - EKG - do 40 let věku (počítáno dle data narození),
 - e. vyšetření za účelem zjištění nadváhy a obezity – na bodystatu u poskytovatele zdravotních služeb nebo v lékárně,
 - f. vyšetření u optometristy,
 - g. podpora duševního zdraví,
 - h. laboratorní vyšetření,
 - i. dentální hygiena.
4. Úhrada příspěvku se poskytuje přímo pojištěnci na jeho bankovní účet.
5. Poukaz se předkládá na klientská centra ZP MV ČR, případně lze zaslat na následující adresu: ZP MV ČR, back office, Masarykovo nám. 1100/35, 58601 Jihlava, společně s platebním dokladem, a to **do 3 měsíců od vystavení platebního dokladu, nejpozději do 31. 12. 2023.**
6. Vyplacení příspěvku stávajícímu pojištěnci je možné až po ověření, že se nezaregistroval k jiné zdravotní pojišťovně od 1. 7. 2023 nebo od 1. 1. 2024.



B. vzor poukazu na ambulantní rehabilitaci

Zaměstnavatel pojištěnce ZP MV ČR, vč. IČO *vyplní ZP MV ČR*

Číslo poukazu *vyplní ZP MV ČR – každý poukaz je originál* / 2023

Jméno a příjmení pojištěnce ZP MV ČR *vyplní pojištěnec*

Rodné číslo pojištěnce ZP MV ČR *vyplní pojištěnec*

Číslo bankovního účtu pojištěnce ZP MV ČR *vyplní pojištěnec*

Maximální výše příspěvku *vyplní ZP MV ČR (dle požadavku v příloze smlouvy o spolupráci)*

Jméno a příjmení kontaktní osoby zaměstnavatele, vč. tel. č. *vyplní ZP MV ČR*

Datum

Podpis kontaktní osoby zaměstnavatele

Veškeré vyplněné osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Více informací o zpracování osobních údajů v souvislosti s příspěvkem z Fondu prevence naleznete zde: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/formulare>, obecné informace o zpracování osobních údajů v ZP MV ČR pak zde <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/gdpr/zpracovani-osobnich-udaju-v-zp-211>

Datum

Podpis pojištěnce

Pokyny

1. Příspěvek bude uhrazen výhradně na základě schváleného „Poukazu ZP MV ČR“.
2. Smluvního poskytovatele si vybírá pojištěnec.
3. Ambulantní rehabilitací se rozumí: vodoléčba, elektroléčba, rehabilitace, fyzioterapie, tělesná výchova, fyzikální terapie (galvanizace, iontoforéza, diadynamik, ultrazvuk, magnetoterapie, parafin, diatermie, vasotrain apod.), oxygenoterapie, vstup do sauny nebo polária.
4. Úhrada příspěvku se poskytuje přímo pojištěnci na jeho bankovní účet.
5. Poukaz se předkládá na klientská centra ZP MV ČR, případně lze zaslat na následující adresu: ZP MV ČR, back office, Masarykovo nám. 1100/35, 58601 Jihlava, společně s platebním dokladem, **a to do 3 měsíců od vystavení platebního dokladu, nejpozději do 31. 12. 2023.**
6. Vyplacení příspěvku stávajícímu pojištěnci je možné až po ověření, že se nezaregistroval k jiné zdravotní pojišťovně od 1. 7. 2023 nebo od 1. 1. 2024.



C. vzor poukazu na vitamíny nebo kloubní výživu

Zaměstnavatel pojištěnce ZP MV ČR, vč. IČO *vyplní ZP MV ČR*

Číslo poukazu *vyplní ZP MV ČR – každý poukaz je originál* / 2023

Jméno a příjmení pojištěnce ZP MV ČR *vyplní pojištěnec*

Rodné číslo pojištěnce ZP MV ČR *vyplní pojištěnec*

Číslo bankovního účtu pojištěnce ZP MV ČR *vyplní pojištěnec*

Maximální výše příspěvku *vyplní ZP MV ČR (dle požadavku v příloze smlouvy o spolupráci)*

Jméno a příjmení kontaktní osoby zaměstnavatele, vč. tel. č. *vyplní ZP MV ČR*

Datum **Podpis kontaktní osoby zaměstnavatele**

Veškeré vyplněné osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Více informací o o zpracování osobních údajů v souvislosti s příspěvkem z Fondu prevence naleznete zde: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/formulare>, obecné informace o zpracování osobních údajů v ZP MV ČR pak zde <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/gdpr/zpracovani-osobnich-udaju-v-zp-211>

Datum **Podpis pojištěnce**

Pokyny

1. Příspěvek bude uhrazen výhradně na základě schváleného „Poukazu ZP MV ČR“.
2. Úhrada příspěvku se poskytuje přímo pojištěnci na jeho bankovní účet.
3. Poukaz se předkládá na klientská centra ZP MV ČR, případně lze zaslat na následující adresu: ZP MV ČR, back office, Masarykovo nám. 1100/35, 586 01 Jihlava, společně s platebním dokladem, **a to do 3 měsíců od vystavení platebního dokladu, nejpozději do 31. 12. 2023.**
4. Vyplacení příspěvku stávajícímu pojištěnci je možné až po ověření, že se nezaregistroval k jiné zdravotní pojišťovně od 1. 7. 2023 nebo od 1. 1. 2024.

Akceptujeme: vitamíny, doplňky stravy, včetně kloubní výživy

Neakceptujeme:

- potraviny a nápoje, které jsou přirozeným zdrojem vitamínů a minerálů (např. ovoce, zelenina, nezpracovaná hlíva ústřičná);
- čaje, bylinné směsi, apod.;
- potraviny, nápoje, cukrovinky nebo výživy s příměsí vitamínů a minerálů;
- vitamíny užívané z terapeutických důvodů, např. injekce B12, B6;
- tkáňové soli, koupelové soli;
- homeopatické přípravky;
- probiotika určená pro jiné orgány než střevo (vaginální probiotika apod.);
- bylinné, esenciální, éterické oleje;
- kosmetické přípravky, přípravky pro vnější užití (i s podílem vitamínů, minerálů apod.);
- přípravky, které nejsou určené pro podporu imunity (kupř. ginkgo – na mozek, revihair - na vlasy);
- léčivé přípravky.

Smlouva o spolupráci – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky – Statutární město České Budějovice



ISO 9001



ISO 9001

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
se sídlem: Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, IČ 47114304,
zapsána v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7216
Kód pojišťovny 211, infolinka: 844 211 211, e-mail: info@zpmvcr.cz, www.zpmvcr.cz

D. vzor poukazu na sportovní pohybové aktivity

Zaměstnavatel pojištěnce ZP MV ČR, vč. IČO vyplní ZP MV ČR

Číslo poukazu vyplní ZP MV ČR – každý poukaz je originál / 2023

Jméno a příjmení pojištěnce ZP MV ČR vyplní pojištěnec

Rodné číslo pojištěnce ZP MV ČR vyplní pojištěnec

Číslo bankovního účtu pojištěnce ZP MV ČR vyplní pojištěnec

Maximální výše příspěvku vyplní ZP MV ČR (dle požadavku v příloze smlouvy o spolupráci)

Jméno a příjmení kontaktní osoby zaměstnavatele, vč. tel. č. vyplní ZP MV ČR

Datum **Podpis kontaktní osoby zaměstnavatele**

Veškeré vyplněné osobní údaje jsou zpracovávány v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a rady 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. Více informací o o zpracování osobních údajů v souvislosti s příspěvkem z Fondu prevence naleznete zde: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/formulare>, obecné informace o zpracování osobních údajů v ZP MV ČR pak zde <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/gdpr/zpracovani-osobnich-udaju-v-zp-211>

Datum **Podpis pojištěnce**

Pokyny

1. Příspěvek bude uhrazen výhradně na základě schváleného „Poukazu ZP MV ČR“.
2. Úhrada příspěvku se poskytuje přímo pojištěnci na jeho bankovní účet.
3. Poukaz se předkládá na klientská centra ZP MV ČR, případně lze zaslat na následující adresu: ZP MV ČR, back office, Masarykovo nám. 1100/35, 586 01 Jihlava, společně s platebním dokladem, a **to do 3 měsíců od vystavení platebního dokladu, nejpozději do 31. 12. 2023.**
4. Vyplacení příspěvku stávajícímu pojištěnci je možné až po ověření, že se nezaregistroval k jiné zdravotní pojišťovně od 1. 7. 2023 nebo od 1. 1. 2024.
5. **Na platebním dokladu musí být vždy uvedeno, o jaký sport se jedná a musí se jednat o permanentku/ky v ceně minimálně 800 Kč celkem.**

Akceptujeme

- sportovní aktivity, včetně plavání
- vícedenní skipas (více než 4 dny, včetně).

Neakceptujeme

- dárkové permanentky, dárkové vouchery,
- rodinné permanentky,
- skipas - méně než 4 dny (1-3 denní),
- léčebné rehabilitační cvičení u fyzioterapeuta,
- pronájem tělocvičny/haly/kurtu,
- aktivity určené pro děti.

Smlouva o spolupráci – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky – Statutární město České Budějovice



ISO 9001



ISO 9001

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
se sídlem: Vinohradská 2577/178, 130 00 Praha 3, IČ 47114304,
zapsána v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze oddíl A, vložka 7216
Kód pojišťovny 211, infolinka: 844 211 211, e-mail: info@zpmvcr.cz, www.zpmvcr.cz

Příloha č. 3 – Vzor požadavku zaměstnavatele

Požadavek zaměstnavatele na vystavení poukazů ZP MV ČR	
Zaměstnavatel, IČO	Statutární město České Budějovice, IČO 00244732
Kontaktní osoba dle Smlouvy	
Kontakt na osobu pověřenou k převzetí- emailová adresa a telefon	
Poukaz na preventivní prohlídku (typ a výše příspěvku *)	X
Počet kusů	X
Poukaz na ambulantní rehabilitaci a výše příspěvku *)	X
Počet kusů	X
Poukaz na nákup vitamínů nebo kloubní výživy v lékárně – výše příspěvku *)	200,- Kč
Počet kusů	290 ks
Poukaz na sportovní a pohybové aktivity - výše příspěvku *)	X
Počet kusů	X

*) výši příspěvku určí zaměstnavatel, nesmí být ale překročena max. výše finančního limitu uvedená ve Smlouvě o spolupráci

