VOUCHER

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO KLIENTY VZP ČR

**Získejte příspěvek až 500 Kč!**

**Příjmení a jméno zaměstnance Číslo pojištěnce**

**Adresa bydliště 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**

* **Přípravky zakoupené v lékárně**

**E-mail**

**Tel.**

…………………………………………………………………

Podpis pojištěnce

POTVRZENÍ zaměstnavatele – vyplní personální oddělení firmy

**Pracoviště:** **Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace**

**Adresa pracoviště:** **Dělnická 1132/24, Město, 736 01 Havířov**

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

……………………………………………………………………………

Datum Razítko a podpis

Za správnost údajů odpovídá oddělení lidských zdrojů nemocnice.

**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:
* **Přípravky zakoupené v lékárně**

* VZP ČR poskytne finanční příspěvek pojištěnci, který nejpozději do **30.11.2017** předloží na kterémkoliv klientském pracovišti VZP ČR:
* tento vyplněný voucher s razítkem a podpisem oddělení lidských zdrojů potvrzujícím zaměstnanecký poměr
* doklad o zaplacení výše uvedené aktivity v Kč. Doklad nesmí být starší než 3 kalendářní měsíce, od data uzavření smlouvy mezi VZP ČR a firmou.

Další informace naleznete v přiložené INFORMACI KE ZPŮSOBU ČERPÁNÍ PŘÍSPĚVKU V RÁMCI PROGRAMU ZDRAVÁ FIRMA S VZP.