VOUCHER - ZDRAVÁ FIRMA

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO KLIENTY VZP ČR

**Získejte příspěvek až 1000 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 **Austin Detonator s.r.o.** ,který je pojištěncem VZP ČR, je členem Klubu pevného zdraví.

Pokud dosud není členem Klubu pevného zdraví (KPZ), souhlasí s registrací do KPZ.

Finanční příspěvek čerpám ve výši **1000 Kč** na: Číslo bankovního účtu a kód banky pro zaslání příspěvku

* **Přípravky podporujících imunitu**

 /

* **Rekondiční, kondiční, rehabilitační a pohybové aktivity**
* **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 **Austin Detonator s.r.o,**  kteří jsou pojištěnci VZP ČR,
jsou členy Klubu pevného zdraví.

VZP ČR poskytne finanční příspěvek pouze na:

* **Přípravky podporujících imunitu**
* **Rekondiční, kondiční, rehabilitační a pohybové aktivity**
* **Ostatní**

VZP ČR poskytne finanční příspěvek pojištěnci, který nejpozději do 30. 11. 2016 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.

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