

Oznámení změny kategorie plátce

 **Повідомлення про зміну категорії платника**

Jméno a příjmení / **Ім’я та прізвище**:……………………..................................................

číslo pojištěnce / **№ страхування**: ………………………………………..….......................

Bydliště / **Адреса** ………………………………………………………………………………..

**e-mail**: ................................................... telefon / **телефон**: ….....................................

Žádám o zařazení mé osoby bez zdanitelných příjmů do kategorie samoplátce zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů v termínu: **/**

**Я прошу додати мене, особу без оподатковуваного доходу до категорії самоплатників із медичного страхування згідно із Законом № 48/1997 Зб. зі змінами та доповненнями:**

od **/ від** ………………………………… do / **до** ……………………………………………

Beru na vědomí, že jsem povinen dle zákona č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů hradit zdravotní pojištění v zákonem stanovené výši. **/**

**Я розумію, що згідно із Законом 592/1992 Зб. зі змінами, я зобов’язаний/на сплачувати медичне страхування в розмірі, встановленому законом.**

Svým podpisem stvrzuji, že jsem byl poučen o povinnosti hlásit a doložit RBP, zdravotní pojišťovně každou změnu do 8 dnů od jejího vzniku. /

**Своїм підписом підтверджую, що мене проінформували в повному обсязі про зобов’язання повідомляти та документально наголошувати RBP, медичну страхову компанію, про кожну зміну протягом 8 днів після її виникнення.**

Souhlasím se zpracováním mých osobních údajů (e-mail, telefon) RBP, zdravotní pojišťovnou (dále jen RBP), IČO: 476 73 036, jakožto správce údajů. Souhlas mohu kdykoliv odvolat. /

**Я погоджуюся на обробку персональних даних (електронної пошти, телефону) RBP, медичної страховій компанії (далі тільки RBP), IČO: 476 73 036, як адміністратора даних. Я можу відкликати свою згоду в будь-який момент.**

V / **B** ….................................... dne / **дата** ….............................................

 ………………………………………………….

 podpis / **підпис**