

Potvrzení o neschopnosti soustavně se připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výtěžnou činnost pro nemoc nebo úraz

(dle § 11 odst. 1 písm. b zákona č. 117/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Osoba, pro kterou se potvrzení vydává:

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Potvrzení vydává:

Potvrzujeme tímto, že výše uvedená osoba nemůže (**označte alespoň jednu možnost**):

- soustavně se připravovat na budoucí povolání,
 vykonávat výtěžnou činnost pro nemoc nebo úraz.

Platnost potvrzení

Od:

do:

Dne:

.....

podpis lékaře

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.