

**POTVRZENÍ
DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ
EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**

*(Toto potvrzení se vydává na základě přílohy 2 Rozhodnutí č. 190 z 18. června 2003,
týkající se technické specifikace Evropského průkazu zdravotního pojištění)*

Označení formuláře

1. **E-**

Kód vydávající země

2. **CZ**

Informace o pojištenci

3. Příjmení: **DOLEŽAL**
4. Jméno: **IVO**
5. Datum narození: **06/07/1987**
6. Číslo pojištění: **8707064421**

Informace o kompetentní instituci

7. Kód ZP: **11172 - VZP**

Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění

8. Číslo průkazu: **80203111723856304678**
9. Platnost do: **31/07/2034**

Doba platnosti

a) Od: **01/07/2024**
b) Do: **30/09/2024**

Datum vydání formuláře

c) **01/07/2024**

Podpis a razítko instituce

d)

Poznámky a informace:

Tento doklad opravňuje k čerpání plné zdravotní péče na území České republiky.
Všechny informace použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění
týkající se názvu polí, hodnot, délky a poznámek se uplatní i na tomto Potvrzení.