

**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 pojištěnci

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