



Náhradní průkaz pojištěnce

Všeobecné zdravotní pojišťovny VZP ČR

Příjmení:

Jméno:

Datum narození:

Číslo pojištěnce:

Kód ZP:

Číslo průkazu:

Doba platnosti: Od:

Do:

Dne

razítko a podpis

Poznámky a informace:

Tento náhradní průkaz pojištěnce opravňuje k čerpání plné zdravotní péče na území České republiky.