

Žádost o vystavení potvrzení o bezdlužnosti

Název / Jméno a příjmení: _____

IČO: _____ RČ: _____

Adresa sídla / trvalého pobytu: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Korespondenční adresa: _____

Kontaktní osoba: _____ tel: _____

Žádám o vydání potvrzení o tom, že nemám vůči VZP ČR nedoplatek na pojistném a penále na veřejném zdravotním pojištění.

Toto potvrzení požaduji vydat ke dni _____ za účelem:

jednání s Úřadem práce

účasti ve veřejné soutěži

jednání s bankou ohledně poskytnutí úvěru

jiný _____

(vybrané označte křížkem)

potvrzení vyzvednu osobně

potvrzení zašlete poštou na adresu – sídla / trvalou / korespondenční

potvrzení zašlete prostřednictvím datové schránky číslo: _____

(vybrané označte křížkem)

Datum: _____

podpis a razítko

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.