



zaměstnanecká
pojišťovna
škoda

Žádost o vydání potvrzení bezdlužnosti

Identifikační údaje

Jméno a příjmení / Název plátce

Číslo pojištění / IČO

Adresa (trvalý pobyt / sídlo firmy)

Ulice

Číslo popisné / orientační

Obec

PSČ

Adresa pro doručování (pokud se liší od adresy trvalého pobytu / sídla)

Ulice

Číslo popisné / orientační

Obec

PSČ

Telefon

Datová schránka

E-mail

Potvrzení potřebuji vydat za účelem

Potvrzení potřebuji vydat ke dni

Požadovaný způsob doručení potvrzení

Datová schránka

Osobní vyzvednutí na pobočce ZPŠ

Pošta: Adresa pro doručování

Pošta: Adresa trvalého pobytu nebo sídla

Vystavením potvrzení nejsou dotčena práva na změny po provedené kontrole zdravotní pojišťovnou!

Uvedené osobní údaje jsou Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda 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.

Datum

Podpis žadatele / razítko

