



Priestor na čiarový kód:

ŽIADOSŤ O VYDANIE POTVRDENIA

Priestor pre prezentačnú pečiatku:

Platiteľ poistného/poistenec/žiadateľ:

Obchodné meno/Meno a priezvisko:

IČO:

Rodné číslo:

Telefón:

E-mail:

Sídlo/adresa trvalého pobytu:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Adresa na doručovanie (ak je rozdielna od sídla alebo trvalého pobytu):

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Zaevidovať adresu na doručovanie ako korešpondenčnú adresu: Áno Nie

Žiadam o vystavenie (zaškrtnite typ potvrdenia, ktoré žiadate vystaviť):

- potvrdenia o neevidovaní nedoplatku na poistnom na verejné zdravotné poistenie
- potvrdenia o neevidovaní pohľadávky VŠZP, na ktorú je nariadený výkon rozhodnutia
- potvrdenia o evidovaní nedoplatku na poistnom na verejné zdravotné poistenie
- potvrdenia o evidovaní nedoplatku na poistnom na verejné zdravotné poistenie vo forme splátok
- potvrdenia o zaplatení poistného na verejné zdravotné poistenie za obdobie od: / do: /
- potvrdenia o zaplatení nedoplatku z ročného zúčtovania poistného, vykonaného za rok:
- potvrdenia pre neregistrovaného platiteľa
- potvrdenia o poistných vzťahoch za obdobie od: / do: /
- iné:

Potvrdenie žiadam pre účely (uvedte dôvod žiadosti, prípadne inštitúciu, ktorej bude potvrdenie predložené):





Potvrdenie žiadam:

- zaslať e-mailom na vyššie uvedenú e-mailovú adresu
- zaslať poštou na: adresu sídla/trvalého pobytu adresu doručovania
- preberiem osobne v pobočke VŠZP (uviest' v ktorej):

V _____ Dňa: _____

Podpis
(prip. spolu s pečiatkou): _____

Titul, meno, priezvisko
(čitateľne): _____

Súhlas so spracovaním osobných údajov:

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všobecnej zdravotnej poisťovni, a.s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“) súhlas so spracúvaním osobných údajov, ktoré som uviedol/uviedla na tomto tlačive, a to v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel marketingových aktivít VŠZP. Súhlas udeľujem na dobu trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu päť rokov po jeho zániku. Beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedený účel nie je povinné.

Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:

Súhlas môžete kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky. Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na www.vszp.sk/ouu a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.

V _____ Dňa: _____

Podpis _____

Titul, meno, priezvisko: _____