VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

ŽIADOSŤ O UKONČENIE eSLUŽBY

Vlastník eSlužby

Obchodné meno:

IČO:

Sídlo:

v zastúpení

Titul, meno a priezvisko, pozícia:

Žiadam o ukončenie eSlužby

- ☐ ZAM Podacie miesto*
- ☐ ZAM Prehľad*
- ☐ ZAM Komplet*
- ☐ PZS Podacie miesto*
- ☐ PZS Prehľad*
- ☐ PZS Komplet*,

pre používateľa eSlužby:

Titul, meno a priezvisko:

Používateľské meno (login):

V _____ dňa _____

_____

Podpis vlastníka eSlužby

* Označte hodiace sa možnosti