

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný/á

Jméno, příjmení:

Pojišťovna:

Prohlašuji, že výše uvedená zdravotní pojišťovna neposkytuje příspěvek na*:

- ☐ dioptrické brýle,
- ☐ kontaktní čočky,
- ☐ dentální hygienu.

*potřebné zaškrtněte

V dne

Podpis.....