



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY

**Náhradní průkaz pojištěnce**  
**Všeobecné zdravotní pojišťovny VZP ČR**

Příjmení:

Jméno:

Datum narození:

Číslo pojištěnce

Kód ZP:

Číslo průkazu:

Doba platnosti:    Od:

Do:

Dne

razítko a podpis

Poznámky a informace:

Tento náhradní průkaz pojištěnce opravňuje k čerpání plné zdravotní péče na území České republiky.