

Ідентифікаційні дані

Ім'я Прізвище			
Число поіщенце			
Телефон		Ел. пошта	

Я заявляю,

Я особисто заявляю що належним чином, цілодобово доглядаю за однією дитиною до 7 років, чи більшою кількістю дітей віком до 15 років.

від		до	
-----	--	----	--

Якщо ви не вкажете дату "від", OZP буде фіксувати термін дії афідевіту з дати його подання (доставки) до OZP. Заповнюйте дату "до" лише у тому випадку, якщо вам відома кінцева дата дії цього афідевіту.

Відповідно до закону, держава і надалі оплачує медичне страхування якщо:

- якщо я немаю доходів, чи офіційне працевлаштування.
- дитина не довірена іншій особі на догляд.
- дитина дошкільного віку, не відвідує дитячий садок не більше як 4 години.
- дитина в школі неперехуває в продовженій групі.

Догляд за неповнолітньою дитиною можливо лише на території **Чеської Республіки!**

По закону неможливо цю заяву заповнити якщо ви плануєте перебувати в іншій державі.

Про будь які зміни ви повинні повідомити до 8 робочих днів медичну страхову компанію OZP.

Ім'я Прізвище		Дата рік народження	
Ім'я Прізвище		Дата рік народження	
Ім'я Прізвище		Дата рік народження	
Ім'я Прізвище		Дата рік народження	

До заяви необхідно додати свідоцтво про надодження дитини без перекладу.

Просимо анкету заповнити латинським шрифтом друкованими літерами.

Я заявляю, що вся інформація, надана мною в цій заявці, є правдивою, точною і повною.

Дата		Підпис	
------	--	--------	--