Ev. č.

REGISTRAČNÍ LIST I

Číslo pojištěnce:

Příjmení | Jméno | Titul

Adresa trvalého bydliště

Adresa přechodného bydliště

Při přechodném pobytu kontakt na lékaře v místě trvalého bydliště:

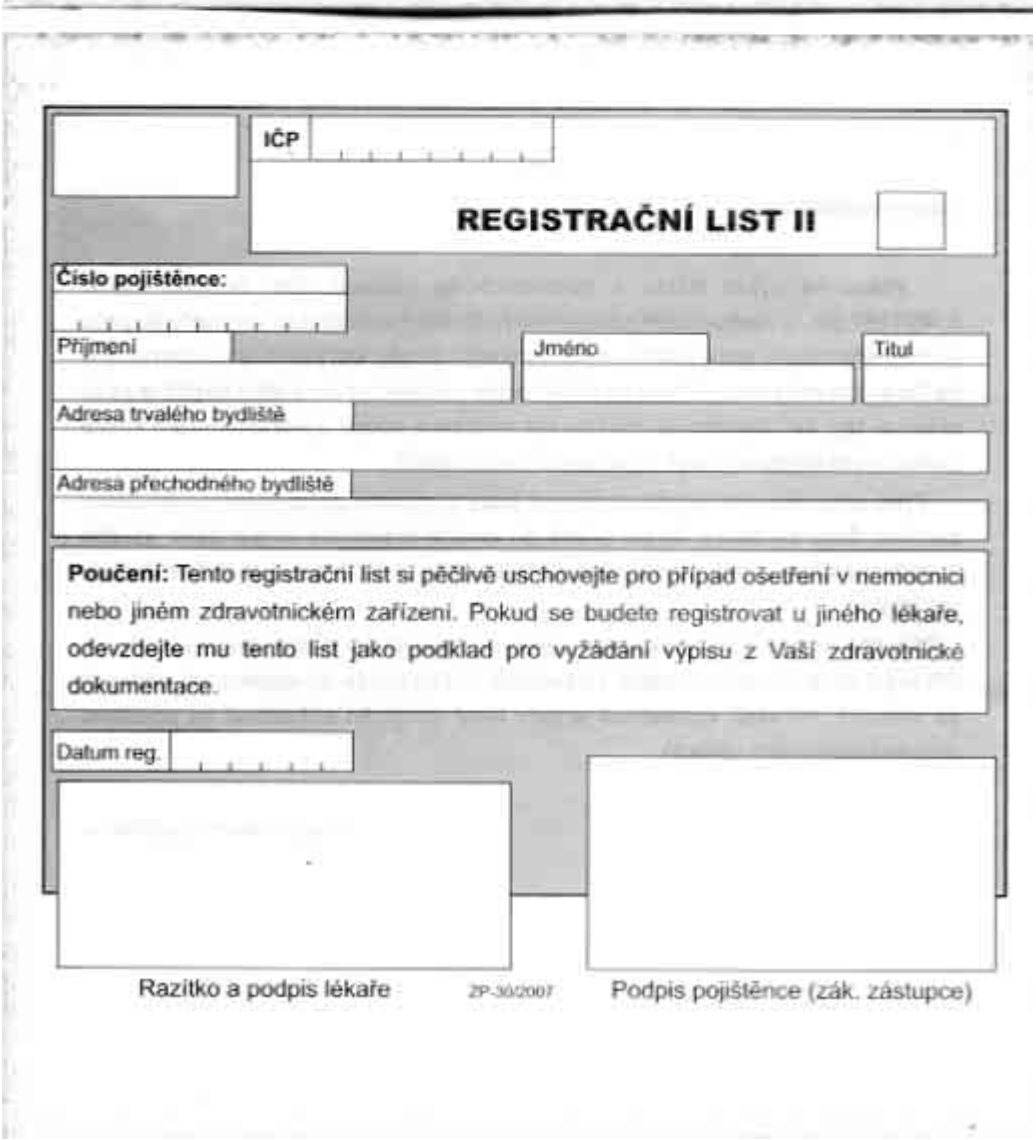
Záznamy:

Datum reg.

ZP-30/2007

Podpis pojištěnce (zák. zástupce)

bloky I - II
2 x 25 listů



IČP

REGISTRAČNÍ LIST II

Číslo pojištěnce:

Příjmení | Jméno | Titul

Adresa trvalého bydliště

Adresa přechodného bydliště

Poučení: Tento registrační list si pečlivě uschovejte pro případ ošetření v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení. Pokud se budete registrovat u jiného lékaře, odevzdejte mu tento list jako podklad pro vyžádání výpisu z Vaší zdravotnické dokumentace.

Datum reg.

Razítko a podpis lékaře

ZP-30/2007

Podpis pojištěnce (zák. zástupce)