Vyplní zdravotní pojišťovna

Potvrzujeme, že ……., nar. ……. Je plátcem pojistného zdravotního pojištění podle § 5 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Výše pojistného zaplacená za:

Leden 2018	Kč
Únor 2018	Kč
Březen 2018	Kč
Duben 2018	Kč
Květen 2018	Kč
Červen 2018	Kč

V ……. dne……Razítko zdravotní pojišťovny, podpis