**Žádost o příspěvek na zdravotnické prostředky, léčivé přípravky a další sortiment lékáren za účelem ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**

Jméno a příjmení:

Pracoviště:

Kartu Sodexo Multi Pass CARD / Pluxee CARD („stravenkovou kartu“): [ ]  Mám [ ]  Nemám

Upozornění: příspěvek může být přiznán pouze v případě, že starý zůstatek na benefitní kartě na nákup v lékárně je nejvýše 299 Kč.

**Čestné prohlášení:**

Čestně prohlašuji, že v roce       jsem nečerpal/a příspěvek na tento benefit a ani na něj neuplatňuji nárok na jiné součásti univerzity.

Podpisem této žádosti prohlašuji, že souhlasím s tím, aby zaměstnavatel shromažďoval mé osobní údaje k účelům přiznání a poskytnutí příspěvku na zdravotní péči nakládal s nimi nebo je jinak zpracovával k týmž účelům dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění.

Datum:       Podpis zaměstnance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjádření personálního oddělení:** [ ]  Splňuje [ ]  Nesplňuje

Datum začátku pracovního poměru na FSV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Koeficient úvazku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Výše příspěvku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kč

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpis vedoucí personálního oddělení: Správce rozpočtu:**

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_