

**POTVRZENÍ  
DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ  
EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**

(Toto potvrzení se vydává na základě přílohy 2 Rozhodnutí č. 190 z 18. června 2003,  
týkající se technické specifikace Evropského průkazu zdravotního pojištění)

Označení formuláře

1. **E-**

Kód vydávající země

2. **CZ**

Informace o pojištěnci

3. Příjmení: **KADRNOŽKOVÁ**  
4. Jméno: **EVELÍNA**  
5. Datum narození: **07/03/1977**  
6. Číslo pojištění: **7653674391**

Informace o kompetentní instituci

7. Kód ZP: **11119 - VZP**

Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění

8. Číslo průkazu: **80203111194261670098**  
9. Platnost do: **30/09/2026**

Doba platnosti

a) Od: **20/02/2017**  
b) Do: **19/05/2017**

Datum vydání formuláře

c) **20/02/2017**

Podpis a razítko instituce

d)

Poznámky a informace:

Tento doklad opravňuje k čerpání plné zdravotní péče na území České republiky.

Všechny informace použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění týkající se názvu polí, hodnot, délky a poznámek se uplatní i na tomto Potvrzení.