



Zdravotní pojišťovna  
**METAL-ALIANCE**

# POTVRZENÍ O ČERPÁNÍ PODPŮRNĚ REHABILITAČNÍHO PROGRAMU (PRP)

Kód pojišťovny: 217

VYPLNÍ  
KLIENT

1

## VYPLŇTE PŘED POTVRZENÍM ČÁSTI 2

Rodné číslo:

Jméno, příjmení, titul:

VYPLNÍ  
POSKYTOVATEL  
PRP

2

Klient(ka) čerpal naším prostřednictvím níže uvedený podpůrně rehabilitační program: (křížkem označte poskytnutou službu)

pohybové aktivity

ostatní rehabilitační aktivity

rehabilitační plavání

Klient(ka) uhradil(a) částku ve výši (Kč)

.....  
Datum, podpis a razítko