



Zdravotní pojišťovna
METAL-ALIANCE

POTVRZENÍ O PREVENTIVNÍ PROHLÍDCE

Kód pojišťovny: 217

VYPLNÍ
KLIENT

1 VYPLŇTE PŘED POTVRZENÍM ČÁSTI 2

Rodné číslo:

Jméno, příjmení, titul:

VYPLNÍ
LÉKÁŘ

2 Klient(ka) absolvoval(a) preventivní prohlídku u: (křížkem označte typ preventivní prohlídky)

praktického lékaře

gynekologa

Dne:

Podpis a razítko