Zákonný zástupce žáka nebo zletilý žák:

Jméno a příjmení:

Adresa:

Kontakt (telefon, e-mail):

Gymnázium Fr. Živného, Bohumín

sekretariát

Jana Palacha 794

735 81 Bohumín

V ......................................... dne ..............................

**Oznámení o změně zdravotní pojišťovny**

Oznamuji Vám změnu zdravotní pojišťovny mého/mé syna/dcery:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Narozen/a:

**Název dosavadní zdravotní pojišťovny (kód):**

**Název nové zdravotní pojišťovny (kód):**

**U nové zdravotní pojišťovny pojištěn/a od:**

S pozdravem

....................................................................................

podpis zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka

**Podpis třídního učitele:**

**Podpis administrativní pracovnice:**