

## Formulář pro zápis na čekací seznam na registraci

Jméno:

\*

Příjmení:

\*

Pohlaví:\*

Muž:

Žena:

Titul (před jménem):

Rozená:

Datum narození (ve formátu DD.MM.RRRR):

\*

**Trvalý pobyt:\***

Ulice:

Obec:

PSČ:

Zdravotní pojišťovna:

Email:

Mobilní telefon:

\*

Pokud máte rodné číslo, které zároveň slouží jako číslo pojištěnce, vyplňte pouze rodné číslo. Pokud nemáte rodné číslo, nebo máte číslo pojištěnce, které se liší od rodného čísla (typická situace pro pacienty ze Slovenska), zadejte číslo pojištěnce.

Rodné číslo nebo číslo pojištěnce:

\*

Osobní číslo (pro případ, že číslo pojištěnce není rodným číslem):

Rodinný stav:

Státní občanství:

**Dočasné bydliště:**

Ulice:

Obec:

PSČ:

Zaměstnavatel:

Pozice:

Adresa zaměstnavatele:

Datum:

Podpis:

(vyžadován pouze ve vytištěné verzi, nikoli v elektronické)

Prosíme o zaslání tohoto vyplněného formuláře emailem na [ordinace@young.co.cz](mailto:ordinace@young.co.cz), případně o jeho ruční vyplnění a fyzické doručení do ordinace. Pokud formulář zašlete emailem, berete na vědomí to, že Vaše osobní údaje nebudou chráněny během procesu zasílání přes internet.