

# ŽÁDOST O PŘIDĚLENÍ POUKAZU NA REKONDIČNÍ TÝDENNÍ POBYT 2025

(žádost je určena vždy pro jednu osobu)

jméno a příjmení..... datum narození.....

adresa.....

telefon zaměstnání/mobil.....

email:.....

člen ZO ČMOSA ANO / NE Název ZO ČMOSA .....

Vojenská zdravotní pojišťovna č.201 ANO / NE

(doložit kopii zdravotní kartičky)

pracoviště žadatele .....

## Žádám o přidělení rekondičního poukazu:

léčebné zařízení VLRZ ..... termín (od-do) .....

náhradní termín ..... náhradní termín.....

léčebné zařízení Lázně LUHAČOVICE ..... termín (od-do) .....

lázeňské procedury: Program 6 procedur ANO / NE

Program 9 procedur ANO / NE

Program 12 procedur ANO / NE

**Pokud nebude vyznačený výběr programu, bude automaticky přidělený  
program 9 procedur!**

náhradní termín ..... náhradní termín .....

**Budu čerpat níže uvedený příspěvek:**

VoZP ANO / NE

## Vyjádření ZV odborové organizace:

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

podpis žadatele .....

podpis a razítko ZV .....