

Komu:	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
Pojištěnec:	
Jméno	
Příjmení	
Datum nar.	
Adresa trv. pobytu	
Adresa pro doručování (je-li odlišná)	
Zástupce pojištěnce (zákonný zástupce, dle plné moci, opatrovník):	
Jméno	
Příjmení	
Datum nar.	
Adresa trv. pobytu	
Adresa pro doručování (je-li odlišná)	
Označení sp. zn. /č.j. věci, které se podání týká :	
Druh podání: <i>*) k vybrané možnosti vyznačte křížek <input checked="" type="checkbox"/> a dále doplňte text</i>	
<input type="checkbox"/>	Doplnění stanoviska k návrhu/předložení listin do řízení: <i>*) Níže doplňte vlastní text Vašeho stanoviska, nebo označte seznam předložených listin.</i>

Odvolání

**) vyberte a doplňte údaje, aby bylo zřejmé, vůči jakému usnesení /rozhodnutí podáváte odvolání*

**)proti rozhodnutí ČPZP ze dne, č.j.*

**)proti usnesení ČPZP ze dne, č.j.*

**) níže doplňte důvod odvolání (proč se odvoláváte) a co navrhuje:*

Počet listů příloh:	
Datum:	Podpis: