



Žádost o změnu platná pro poštovní poukázky B adresované do zdravotnického zařízení vyplácené na základě výplatního dokladu Poštovní poukázka B - ČSSZ

PŘÍJEMCE - Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Splatnost

Ulice

Č.p./č.o.

PSČ

Obec

DOSÍLKA

☐

Od

Do

☐

Od

do odvolání

ZRUŠENÍ DOSÍLKY

☐

ADRESA DOSÍLKY/ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Ulice

Č.p./č.o.

PSČ

Obec

ADRESA SÍDLA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ*

Ulice

Č.p./č.o.

PSČ

Obec

* vyplňuje se jen v případě, že adresa sídla zdravotnického zařízení není totožná s adresou dosílky

Stvrzení pošty

ZÁSTUPCE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Jméno a příjmení

Podpis a razítko

OSOBNÍ DOKLAD PŘÍJEMCE

Druh, číslo

V

dne

Podpis žadatele/příjemce

Informace k formuláři:

Poukázanou peněžní částku vyplácenou na základě výplatního dokladu Poštovní poukázka B - ČSSZ nelze dosílat, pokud je na výplatním dokladu uveden kromě příjemce požadujícího změnu i jiný příjemce.

Je-li žádost o dosílku/zrušení dosílky do zdravotnického zařízení uplatněna minimálně 10 pracovních dnů před splatností poukázané peněžní částky, pak je platná pro nejbližší výplatu. Později podaná žádost je platná až od následujícího výplatního měsíce.

Podpisem zástupce zdravotnického zařízení stvrzuje, že pobyt důchodce ve zdravotnickém zařízení trvá, nebo bude trvat déle než 1 kalendářní měsíc, a dále i správnost adresy, na kterou má být poukázána peněžní částka dosílána (§116d zákona č. 582/1991Sb.).