



Česká průmyslová  
zdravotní pojišťovna

## Potvrzení o úhradě organizovaného plaveckého kurzu

Vyplní pojištěnec nebo  
zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

RČ:

Vyplní školské  
zařízení/organizátor kurzu

Datum uhrazení:

Částka:

Název školy, adresa, IČO\*:

Datum, podpis a razítko školského zařízení/organizátora kurzu

\*nutno vyplnit v případě, když tyto údaje nejsou obsaženy na razítku