

**ZPLNOMOCNĚNÍ k uzavření pojištění dle podmínek VZP**

Zplnomocňuji CK Adventura s.r.o. (DIČ: 006-44264704), aby pro mě uzavřela u VZP  
Cestovní zdravotní pojištění **ZÁKLADNÍ / SPORTOVNÍ** (nehodící se škrtněte)

Po dobu objednaného **ZÁJEZDU Č. .... V TERMÍNU OD .....DO ..... 19.....**

PŘÍJMENÍ, JMÉNO	RODNÉ ČÍSLO	ČÍSLO PASU	PODPIS