**ŽÁDOST O ZMĚNU ÚDAJŮ**

Formulář vyplňte na počítači, vytiskněte, podepište a zašlete na adresu uvedenou na konci formuláře, příp. Osobně odevzdejte v naší Lékárně.

Pole označená „\*“ jsou povinná, tzn., že je nutné je vyplnit.

**Klient**

Jméno a příjmení \*

Rodné číslo \*

Číslo občanského průkazu \*

Kontaktní telefon \*

**Žádá o:**

* změnu jména z důvodu sňatku, rozvodu nebo z jiného úředně potvrzeného důvodu

*Kopii nového občanského průkazu (potvrzení o OP/matriční doklad o změně příjmení/jména) zašlete společně s touto žádostí, příp. doneste osobně do naší Lékárny.*

nová adresa

* změnu jména po získání občanství České republiky (pro cizince, u kterých došlo ke změně jména)

*Kopii nového občanského průkazu (potvrzení o OP) a alespoň 1 dalšího platného dokladu (kartička pojišťovny, řidičský průkaz…) zašlete společně s touto žádostí, příp. doneste osobně do naší Lékárny.*

nové příjmení

* změnu trvalého bydliště

*Kopii nového občanského průkazu (potvrzení o OP/potvrzení o změně trvalého bydliště) zašlete společně s touto žádostí, příp. doneste osobně do naší Lékárny.*

nová adresa

* změnu zasílací adresy v případě, že je odlišná od adresy trvalého bydliště (vyplňte údaje o zasílací adrese)

nová zasílací adresa

* změnu jiného/jiných údajů

popis údaje a jeho změny

*ve formátu DD/MM/RRRR*

Datum Podpis

Tuto žádost můžete odevzdat osobně v naší Lékárně zdravotnickému personálu, příp. ji zaslat na adresu naší Lékárny:

Lékárna ANGEL

Slavníkovců 231/7

Ostrava – Mariánské Hory

709 00