



Žádost o proplacení zdravotní péče po schválení revizním lékařem ZPŠ

I

Údaje o pojištenci:

Jméno a příjmení:
Bydliště:

R.Č.:
Číslo telefonu:
E-mail:

Forma úhrady:

- v hotovosti na pokladně ZPŠ
- převodem na bankovní účet
 - číslo účtu:
 - název banky:
 - kód banky:
- složenkou

II

IČZ zdravotnického zařízení:

Propočet

kódy výkonů/léků	počet	cena	celkem
CELKEM			

Vypracoval:

Dne:

III

Vyjádření revizního lékaře:

Důvod korekce:

Hodnota bodu:

Částka k úhradě:

Razítko, datum a podpis revizního lékaře:

IV

Vyjádření pojištěnci v případě korekce:

Datum odeslání:

Č.j.:

Podpis a datum: