

Ke dni 13.05.2021

IČZ:

IČO:

IČP:

Příloha č.2
smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb

Smluvní odbornost pracoviště fyzioterapeut

Adresa sídla:

IČP: Název IČP: Ulice: Obec: PSČ: **Lékař zodpovědný za poskytování zdravotních služeb**

Jméno	
Příjmení	
Titul	
Rodné číslo	
IČP	
Kvalifikace	
Kvalifikace datum do	

Počet dnů poskytování péče v týdnu Počet hodin poskytování péče v týdnu Poměrné kapacitní číslo pracoviště **Seznam pracovníků poskytujících služby na pracovišti**

Jméno, příjmení, titul	Rodné číslo	Kategorie	Kapacita prac.

Počet pracovníků poskytujících služby na pracovišti současně

Lékaři:	JVŠ:	SZP:	Ostatní

Rozvrh ordinačních hodin pracoviště

Den	Místo	Od - do	Od - do

Objednací systém ANO NE

Poskytovatelem zdravotních služeb garantovaná územní oblast

Příslušný okres

Další okresy

**PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ,
které je podmínkou pro vykazování příslušného výkonu**

Název (SPZ)

Počet

Datum výroby

