**Žádost o uzavření smlouvy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název PZS** |  |
| **IČO:** | **IČZ:** | **IČP:** |
| **Odbornost** |  |
| **Adresa místa poskytování ZS:** |  |
| **Tel./mobil** |  |  |
| **Email:** |  |
| **Bankovní spojení:** |  |
| **Ordinační hodiny:** | **Po** |  |
|  | **Út** |  |
|  | **St** |  |
|  | **Čt** |  |
|  | **Pá** |  |
|  |  |  |
| **Velikost úvazku:** |  |
| **Požadované datum uzavření smlouvy:** |  |
| **Registrace nových pojištěnců (jen u odb. VPL, PLDD, STOM, GYN)** | **ANO - NE** |

**Dne: Razítko a podpis:**