



zaměstnanecká  
pojišťovna  
škoda

IČZ:

IČO:

IČP:

**Příloha č.2**  
**smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb**

**Smluvní odbornost pracoviště lékařská genetika**

**Adresa sídla:**

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

|             |                      |
|-------------|----------------------|
| Jméno       | <input type="text"/> |
| Příjmení    | <input type="text"/> |
| Titul       | <input type="text"/> |
| Rodné číslo | <input type="text"/> |
| IČP         | <input type="text"/> |
| Kvalifikace | <input type="text"/> |

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.       |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Počet pracovníků poskytujících služby na pracovišti současně**

| Lékaři:              | JVŠ:                 | SZP:                 | Ostatní:             |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

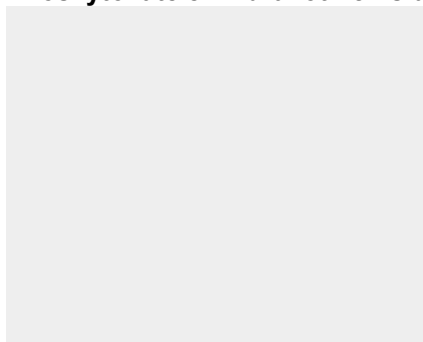
**Rozvrh ordinačních hodin pracoviště**

| Den | Místo | Od - do | Od - do |
|-----|-------|---------|---------|
|     |       |         |         |
|     |       |         |         |
|     |       |         |         |
|     |       |         |         |
|     |       |         |         |
|     |       |         |         |
|     |       |         |         |

**Poskytovatelem zdravotních služeb garantovaná územní oblast**

Příslušný okres

Další okresy

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

Název (SPZ)

Počet

Datum výroby

