



IČZ:

IČO:

IČP:

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

**Smluvní odbornost pracoviště neurologie**

**Adresa sídla:**



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

Jméno	
Příjmení	
Titul	
Rodné číslo	
IČP	
Kvalifikace	

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

**Poskytovatelem zdravotních služeb garantovaná územní oblast**

Příslušný okres

Další okresy

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

Název (SPZ)

Počet

Datum výroby

