



IČZ:

IČO:

IČP:

Příloha č.2
smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb

Smluvní odbornost pracoviště psychiatrie

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"/> |

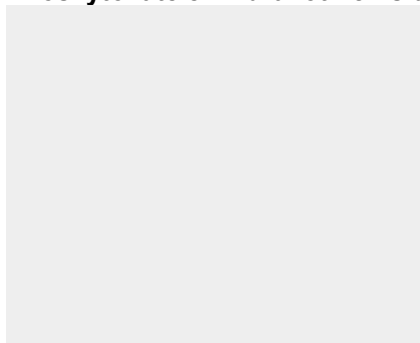
Rozvrh ordinačních hodin pracoviště

| 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

