**Formulář žádosti o bonifikaci pro poskytovatele lékárenské péče v nedostupných oblastech v roce 2021**

***V případě žádosti pro více provozoven musí být pro každou provozovnu podaná samostatná žádost!***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žádost je podávána za** *(zaškrtněte)* |  | lékárnu |  | OOVL |

**Identifikace žadatele o bonifikaci (provozovatele a poskytovatele lékárenské péče)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název poskytovatele**(ve formátu, který je uveden v databázi lékáren Státního ústavu pro kontrolu léčiv – <http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php>) |  |
| **Právní forma poskytovatele**  |  |
| **IČO** |  |
| **Počet provozovaných lékáren/OOVL** |  |
| **Zmocněnec pro podání a vyřízení žádosti o bonifikaci** *(jméno/funkce)* |  |

**Identifikace provozovny** (lékárna/OOVL)**, pro kterou je žádána bonifikace**

**(V jedné žádosti může být uvedena pouze jedna provozovna.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **IČZ provozovny***(pokud již má samostatné IČZ)* |  |
| **Přesná adresa místa provozování**(ve formátu, který je uveden v databázi lékáren Státního ústavu pro kontrolu léčiv – <http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php>) |  |
| **Kontaktní údaje:*** **Telefon**
* **Email**
 |  |
|  |
|  |

**Nezbytné podmínky pro přiznání a úhradu bonifikace**

**Pro vstup k posouzení žádosti výběrovou komisí je nutné odpovědět kladně na tyto otázky:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Máte smlouvu s alespoň jednou zdravotní pojišťovnou?** | ANO/NE |
| **Jste jedinou provozovnou v obci?** | ANO/NE |
| **Máte provozní dobu alespoň 25 hodin týdně?** | ANO/NE |
| **Dosáhli jste ve výše uvedené provozovně za poslední uzavřený kalendářní rok (= 2019) obratu z veřejného zdravotního pojištění méně než 6 mil. Kč?** | ANO/NE |
| **Ordinuje v obci lékař?** | ANO/NE |
| Specializace lékaře: |  |

**Charakteristika provozovny, pro kterou je žádána bonifikace**

|  |  |
| --- | --- |
| **Počet pracovníků lékárny/OOVL** |  |
| **Vedoucí lékárník** |  |
| **Pracovní doba**  | **DEN** | **OD** | **DO** |
| Pondělí |  |  |
| Úterý |  |  |
| Středa |  |  |
| Čtvrtek |  |  |
| Pátek |  |  |
| Sobota |  |  |
| Neděle |  |  |
| Svátek |  |  |
| CELKEM \_\_\_\_\_ HODIN ROZDĚLENÝCH DO \_\_\_\_ DNŮ V TÝDNU |

**Finanční a produkční ukazatele provozovny za poslední uzavřený kalendářní rok (= 2019)**

(Podpůrné údaje pro rozhodování komise.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poslední uzavřené hospodářské období** | **OD:** | **DO:** |
| **Bonifikace v roce 2020** | **ANO/NE** |
| Počet vydaných receptů/položek na receptu za provozovnu v roce 2019 |  |
| Celkový obrat provozovny |  |
| * **z toho úhrada z veřejného zdravotního pojištění**
 |  |
| * **z toho bonifikace**
 |  |
| * **z toho úhrada za výkon č. 09552**
 |  |

**Prohlášení žadatele**

|  |
| --- |
| **Výše uvedený žadatel čestně prohlašuje, že všechny uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti.****Výše uvedený žadatel prohlašuje, že si je vědom toho, že pokud se v tomto formuláři uvedené informace prokážou býti nepravdivé, neúplné, nepřesné, nebo budou jinak obráceny v opak, bude čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.** |

**Závazek pro úhradu bonifikace v roce 2021**

|  |
| --- |
| **Výše uvedený žadatel se zavazuje, že je připraven garantovat nejpozději od 1. 1. 2021 provozní dobu alespoň 25 hodin týdně.** **Výše uvedený žadatel dále prohlašuje, že v případě, že bude bonifikace přiřknuta provozovně (lékárna/OOVL), která nemá samostatné IČZ, rozšíří s příslušnou zdravotní pojišťovnou smluvní vztah, v rámci něhož bude této provozovně samostatné IČZ přiděleno.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** | **Podpis zmocněnce pro podání a vyřízení žádosti****Razítko** |

Vyplněnou žádost zašlete **na jednu** z dále uvedených adres:

* ve skenované podobě na e-mail: **bonifikace.lekaren@vzp.cz****,**
* v papírové podobě na adresu: **VZP ČR – Ústředí, Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3** – s označením „**Bonifikace lékáren**“.