

POTVRZENÍ O LÉČBĚ

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. INFORMACE O POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB/ CENTRU PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU/ PORADENSKÉM CENTRU

Název:

IČO:

Potvrzují, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR (211):

absolvoval léčbu v Centru pro závislé na tabáku / v poradenském centru pro odvykání kouření lékárny akreditované ČLnK

absolvoval minimálně 2 návštěvy

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **poskytovatel zdravotních služeb**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: