

# POTVRZENÍ O LÉČBĚ V CENTRU PRO ODVYKÁNÍ NA KOUŘENÍ

## 1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNEC NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Jméno a příjmení pojištěnce:	<input type="text"/>
Rodné číslo pojištěnce:	<input type="text"/>

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

Název:	<input type="text"/>
IČO:	<input type="text"/>

### Potvrzuji, 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

Místo:

Datum:

Razítko a podpis PZS: