

POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ - PSYCHOTERAPEUTICKÉ PORADENSTVÍ

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. INFORMACE O PSYCHOTERAPEUTOVI A POTVRZENÍ O ÚČASTI (VYPLNÍ PSYCHOTERAPEUT)

Organizace:

Název poskytovatele:

IČO:

Jméno a příjmení psychoterapeuta:

Potvrzujeme, že pojištěnec ZP MV ČR absolvoval konzultace v rámci psychoterapeutického poradenství, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění:

1. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

2. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

3. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

4. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

5. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

6. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

7. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

8. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

9. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

10. TERMÍN:

Datum úhrady:

Částka:

Kč

Celkový počet realizovaných konzultací:

Potvrzujeme, že částka za konzultace byla uhrazena v plné výši. Tento formulář nahrazuje platební doklad. ZP MV ČR si vyhrazuje právo vyžádat si originály platebních dokladů.

Výše příspěvku ZP MV ČR činí za jedno sezení maximálně 400 Kč.

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **psychoterapeut**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: