

INFORMACE O POJIŠTĚNCE

Jméno a příjmení pojištěnky	<input type="text"/>	RČ	<input type="text"/>
Spojení (e-mail)	<input type="text"/>	Zaslat na účet	<input type="text"/> / <input type="text"/>

POTVRZENÍ O ÚHRADĚ vyplní pořádající organizace

Poskytovatel zdravotních služeb	<input type="text"/>	IČ	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------	----	----------------------

Potvrzujeme, že pojištěnce byl proveden telemonitoring těhotenské cukrovky, v období od do , který byl uhrazen dne v částce .

Datum vydání

Razítko poskytovatele a podpis

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

Potvrzení zasílejte poštou na adresu:
MUDr. Krejčová, ZP MV ČR, Vinohradská
2577/178, 130 00 Praha 3

Termín:
nejpozději do 31. 12. 2018

Kontakt pro dotazy:
lenka.krejcova@zpmvcr.cz

Vyplní ZP MV ČR

Interní označení závazku (č. j.)	RA
----------------------------------	----

Převzal a formální kontrolu žádosti a všech podkladů provedl:

Datum	Podpis
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Předložené podklady splňují podmínky k uznání příspěvku

Ano Ne

Věcně kontroloval a promítnutí do IS e_AVA schválil (není-li uvedeno na souhrnném dokladu):

Datum	Podpis
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Tento doklad je zároveň záznamem o provedení kontroly v souladu se zákonem č. 320/2001 Sb.

Konečná výše příspěvku k výplatě	<input type="text"/>	Kč
----------------------------------	----------------------	----