**POTVRZENÍ**

**o poskytnutých službách v rámci lékařské pohotovostní služby v roce 2019**

Toto potvrzení je vydáno na vlastní žádost Poskytovatele zdravotních služeb pro účely zvýšení úhrady dle části A odst. 2 přílohy č. 2 k vyhlášce č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.

**Identifikace lékařů**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titul, jméno, příjmení lékaře | Identifikační číslo lékaře (IČL), nebo rodné číslo | Počet LPS |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Identifikace Poskytovatele** v oboru všeobecného praktického lékařství/ praktického lékařství pro děti a dorost\**(\* nehodící se škrtněte*), u kterého je/jsou výše uvedený/í lékař/i nositelem/i výkonů.

|  |  |
| --- | --- |
| Název Poskytovatele zdravotních služeb: |  |
| **Sídlo (obec):**  |  |
| **Ulice, č. p., PSČ:** |  |
| **IČ:** |  |
| **IČZ:** |  |

**Potvrzení Poskytovatele LPS**

Potvrzujeme, že **výše uvedený/í lékař/i** odsloužil/i  **\_\_\_** (*doplnit počet služeb*) **služeb v rámci lékařské pohotovostní služby** (*pozn. považována služba ve všední den či ve dnech pracovního volna, která je poskytována mimo pravidelnou ordinační dobu*) u níže uvedeného poskytovatele zdravotních služeb, který zajišťuje poskytování LPS*.*

**Identifikace Poskytovatele LPS**

|  |  |
| --- | --- |
| IČ: |  |
| **IČZ:** |  |
| **Název Poskytovatele:** |  |
| **Kraj poskytování LPS:** |  |

*razítko a podpis*

*poskytovatele, pro které byla LPS poskytnuta*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_