

POTVRZENÍ

o poskytnutých službách v rámci lékařské pohotovostní služby v roce 2016

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. 273/2015, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016.

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 poskytovatel 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:	

*razítko a podpis
poskytovatele, pro které byla LPS poskytnuta*

Potvrzení krajského úřadu

Potvrzujeme, že výše uvedený poskytovatel zdravotních služeb (Poskytovatel LPS), je pověřen poskytováním lékařské pohotovostní služby podle § 110 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a tímto potvrzujeme výše uvedené skutečnosti.

*razítko a podpis
zástupce příslušného krajského úřadu*
