

VYÚČTOVÁNÍ LÉKAŘSKÝCH NÁKLADŮ

Jméno pacienta

Rodné číslo

--	--

Účel platby – kód (stručný popis)	množství	celková cena	hrazeno pacientem	hrazeno ZP
CELKEM				

Potvrzuji, že výše uvedené lékařské výkony byly provedeny v souvislosti s pracovním úrazem (nemocí z povolání) ze dne

Potvrzuji, že mám – nemám uzavřenou smlouvu se ZP poškozeného. (Nehodící-se škrtněte)

Poznámka (zde uveďte skutečnosti k objasnění či doplnění vyúčtování lékařských nákladů):

Datum

podpis a razítko lékaře