

Ž Á D O S T – P Ř I H L Á Š K A

do výběrového řízení, v souladu se zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Titul, celé jméno **fyzické osoby, IČ:** _____

Místa poskytování zdravotních služeb: _____

Datová schránka: _____

Název **právníké osoby, IČ:** _____

Sídlo: _____

Místa poskytování zdravotních služeb: _____

Datová schránka: _____

☐

žádá a přihlašuje se*

☐

přihlašuje se*

do výběrového řízení ve smyslu § 46 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, před uzavřením smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami.

Obor poskytované zdravotní péče: _____

Pro území okresu: _____

Lhůta, od které je žadatel schopen splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb: _____

Výběrového řízení se koná
zdravotní pojišťovny:

VZP ČR, VoZP ČR, OZP, ZPMV ČR, ČPZP, RBP, ZP Skoda

Máte-li již uzavřený smluvní vztah s některou z výše uvedených zdravotních pojišťoven, vyškrtněte ji ze seznamu.

Dne: _____

Jméno a podpis žadatele: _____

bez oprávnění*

☐

nové oprávnění*

☐

oprávnění od roku*

☐

změnu z FO na PO*

☐

Převzetí praxe po poskytovateli zdravotní služeb: _____

Doručovací adresa (PSC) pro pozvánku,
pokud nemáte datovou schránku: _____

Telefon: _____

E – mailová adresa: _____

Příloha k žádosti-přihlášce:

- 1) Podnikatelský záměr uchazeče na zajišťování hrazených služeb v oboru, který je předmětem výběrového řízení, max. v rozsahu 1 strany A4, (§ 51, odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. v pl. zn.)
- 2) Uchazeč přiloží kopii dokladu o specializované způsobilosti v oboru zdravotní péče, která je předmětem výběrového řízení.

* Zaškrtněte požadované