

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Čís. dokladu
VYÚČTOVÁNÍ NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ			Poř. č.
soukromým vozidlem			
Pacient	Čís. pojištění		
Trvalý pobyt:	Základní dg.		
Odkud:	Ostatní dg.		
Kam:	Kód náhrady		
Důvod k transportu:	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>datum, razítko a podpis lékaře</p> </div>		
soukromé vozidlo SPZ		km - celkem	
Kód		Kč - celkem	

Pacient dává tímto plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů zmocněnci:

podpis pacienta

jméno, příjmení
RČ:

Likvidoval	Revidoval	Vyplatil	Přijal dne:

			podpis

POTVRZENÍ O ODBORNÉM VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ – ÚSTAVNÍ PÉČI

Datum	Razítko a podpis lékaře	Datum	Razítko a podpis lékaře