

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

Pacient dává tímto plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů zmocněnci*:
Pacient prohlašuje, že soukromé vozidlo řídila jiná osoba.

RČ:

_____ podpis pacienta

_____ jméno a příjmení zmocněnce

Likvidoval	Revidoval	Vyplatil	Přijal dne:
			_____ podpis

POTVRZENÍ O ODBORNÉM VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ – ÚSTAVNÍ PÉČI

Datum	Razítko a podpis lékaře	Datum	Razítko a podpis lékaře

* Pokud pacient plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů neuděluje, řádky „RČ“ a „jméno a příjmení zmocněnce“ proškrtně.