

PŘEHLED O POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

(pro pracoviště zdravotnických týmů)

Provozovatel právnická osoba

Název právnické osoby	IČ								
	IČZ								
Právní forma									
Adresa sídla	PSČ								
Telefon	Fax	Mobil							
Bankovní spojení	Směrový kód								

Pro jednotlivá pracoviště uvést :

Adresa ordinace	PSČ								
Telefon	Fax	Mobil							
Ordinační hodiny	Po :	Čt :							
	Út :	Pá :							
Úvazek :	St :								
IČP :									
Odbornosti podle Rozhodnutí o registrace, ve kterých poskytuje ZZ zdravotní péči :									

Adresa ordinace		PSC					
Telefon	Fax		Mobil				
Ordinační hodiny	Po :	Čt :					
	Út :	Pá :					
Úvazek :	St :						
IČP :							
Odbornosti podle Rozhodnutí o registrace, ve kterých poskytuje ZZ zdravotní péči :							

Adresa ordinace		PSC					
Telefon	Fax		Mobil				
Ordinační hodiny	Po :	Čt :					
	Út :	Pá :					
Úvazek :	St :						
IČP :							
Odbornosti podle Rozhodnutí o registrace, ve kterých poskytuje ZZ zdravotní péči :							

Předpokládaný počet pojištěnců :

Datum

Razítko a podpis oprávn.osoby