**Tiskopis**

**k uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb**

Žádám o uzavření smluvního vztahu s RBP, zdravotní pojišťovnou,

**z důvodu:**

**s účinností od:**

**IČZ:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

název poskytovatele**: ………………………………………………………………………………………………………………..**

sídlo (PO): …………………………………………………………………………………………………………………………………

jméno a příjmení statutárního zástupce (PO): …………………………………………………………………………

IČ: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**bankovní spojení: …………………………………………………………………………………………………………..**

předcházející zaměstnání: ……………………………………………………………………………

1. ***IČP: ..............................odb.: ...................................................................***

***Místo provozování:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Město/Obec | Ulice | č. popisné | PSČ |
|  |  |  |  |

***Přehled ordinačních hodin***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodné číslo: |  | Příjmení: |  | Jméno: |  | Titul: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Úvazek: |  | Odb.: |  | Kategorie: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| den | od | do | od | do | Příp.pozn. | Kontaktní údaje | |
| Pondělí |  |  |  |  |  | telefon: |  |
| Úterý |  |  |  |  |  | mobil: |  |
| Středa |  |  |  |  |  | e-mail: |  |
| Čtvrtek |  |  |  |  |  | objednávkový systém: | ANO/NE |
| Pátek |  |  |  |  |  | souhlas se zveřejněním: | ANO/NE |
| Sobota |  |  |  |  |  |  |  |
| Neděle |  |  |  |  |  |  |  |

1. ***IČP: ..............................odb.: ...................................................................***

***Místo provozování:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Město/Obec | Ulice | č. popisné | PSČ |
|  |  |  |  |

***Přehled ordinačních hodin***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodné číslo: |  | Příjmení: |  | Jméno: |  | Titul: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Úvazek: |  | Odb.: |  | Kategorie: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| den | od | do | od | do | Příp.pozn. | Kontaktní údaje | |
| Pondělí |  |  |  |  |  | telefon: |  |
| Úterý |  |  |  |  |  | mobil: |  |
| Středa |  |  |  |  |  | e-mail: |  |
| Čtvrtek |  |  |  |  |  | objednávkový systém: | ANO/NE |
| Pátek |  |  |  |  |  | souhlas se zveřejněním: | ANO/NE |
| Sobota |  |  |  |  |  |  |  |
| Neděle |  |  |  |  |  |  |  |

1. ***IČP: ..............................odb.: ...................................................................***

***Místo provozování:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Město/Obec | Ulice | č. popisné | PSČ |
|  |  |  |  |

***Přehled ordinačních hodin***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodné číslo: |  | Příjmení: |  | Jméno: |  | Titul: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Úvazek: |  | Odb.: |  | Kategorie: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| den | od | do | od | do | Příp.pozn. | Kontaktní údaje | |
| Pondělí |  |  |  |  |  | telefon: |  |
| Úterý |  |  |  |  |  | mobil: |  |
| Středa |  |  |  |  |  | e-mail: |  |
| Čtvrtek |  |  |  |  |  | objednávkový systém: | ANO/NE |
| Pátek |  |  |  |  |  | souhlas se zveřejněním: | ANO/NE |
| Sobota |  |  |  |  |  |  |  |
| Neděle |  |  |  |  |  |  |  |

1. ***IČP: .............................odb.: ...................................................................***

***Místo provozování:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Město/Obec | Ulice | č. popisné | PSČ |
|  |  |  |  |

***Přehled ordinačních hodin***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodné číslo: |  | Příjmení: |  | Jméno: |  | Titul: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Úvazek: |  | Odb.: |  | Kategorie: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| den | od | do | od | do | Příp.pozn. | Kontaktní údaje | |
| Pondělí |  |  |  |  |  | telefon: |  |
| Úterý |  |  |  |  |  | mobil: |  |
| Středa |  |  |  |  |  | e-mail: |  |
| Čtvrtek |  |  |  |  |  | objednávkový systém: | ANO/NE |
| Pátek |  |  |  |  |  | souhlas se zveřejněním: | ANO/NE |
| Sobota |  |  |  |  |  |  |  |
| Neděle |  |  |  |  |  |  |  |

Dne: razítko a podpis

**Nedílnou součástí smlouvy jsou přílohy:**

* rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb z příslušného krajského úřadu (dříve rozhodnutí o registraci) včetně **všech změn**
* doklad o přidělení IČZ, IČP z VZP
* výběrové řízení z příslušného krajského úřadu
* seznam výkonů s uvedením názvu výkonů, přístrojovou techniku, případně čestné prohlášení o vlastnictví přístrojové techniky (pro každé pracoviště), doklady o odborné, specializované způsobilosti (pro každého nositele výkonů)