**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)