

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Čís. dokladu
VYÚČTOVÁNÍ NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ soukromým vozidlem			
Pacient		Čís. pojištění	Poř. č.
Trvalý pobyt:		Základní dg.	
Odkud:		Ostatní dg.	
Kam:		Kód náhrady	
Důvod k transportu:		datum, razítko a podpis lékaře	
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.