

přední

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Čís. dokladu
VYÚČTOVÁNÍ NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ			Poř. č.
soukromým vozidlem			
Pacient	Čís. pojištěnce		
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	

31 - Výpis a dodávka - Exprestat, Husova 437, 541 01 Třebíč, tel. 499 810 517, fax 499 814 761, exprestat@voity.cz, www.exprestat.cz

Pacient dává tímto plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů zmocněnci:

_____ jméno, příjmení
 podpis pacienta RČ: _____

Likvidoval	Revidoval	Vyplatil	Přijal dne:
			_____ podpis

zadní

POTVRZENÍ O ODBORNÉM VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ – ÚSTAVNÍ PÉČI

Datum	Razítko a podpis lékaře	Datum	Razítko a podpis lékaře