

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Čís. dokladu
<b>VYÚČTOVÁNÍ NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ</b>			Poř. č.
<b>soukromým vozidlem</b>			
Pacient	Čís. pojištění		
Trvalý pobyt:	Základní dg.		
Odkud:	Ostatní dg.		
Kam:	Kód náhrady		
Důvod k transportu:	datum, razítko a podpis lékaře		
<b>soukromé vozidlo SPZ</b>		<b>km - celkem</b>	
<b>Kód</b>		<b>Kč - celkem</b>	

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

\_\_\_\_\_   
 podpis pacienta

\_\_\_\_\_   
 jméno, příjmení   
 RČ: .....

Likvidoval	Revidoval	Vyplatil	Přijal dne:
			_____ podpis

## POTVRZENÍ O ODBORNÉM VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ – ÚSTAVNÍ PÉČI

Datum	Razítko a podpis lékaře	Datum	Razítko a podpis lékaře