

## **Formulář žádosti o bonifikaci pro poskytovatele lékárenské péče v nedostupných oblastech v roce 2021**

***V případě žádosti pro více provozoven musí být pro každou provozovnu podaná samostatná žádost!***

|                                    |                          |         |                          |      |
|------------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|------|
| Žádost je podávána za (zaškrtněte) | <input type="checkbox"/> | lékárnu | <input type="checkbox"/> | OOVL |
|------------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|------|

### **Identifikace žadatele o bonifikaci (provozovatele a poskytovatele lékárenské péče)**

|                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Název poskytovatele</b><br>(ve formátu, který je uveden v databázi lékáren<br>Státního ústavu pro kontrolu léčiv –<br><a href="http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php">http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php</a> ) |  |
| <b>Právní forma poskytovatele</b>                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>IČO</b>                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Počet provozovaných lékáren/OOVL</b>                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Zmocněnec pro podání a vyřízení žádosti o<br/>bonifikaci (jméno/funkce)</b>                                                                                                                                                         |  |

### **Identifikace provozovny (lékárna/OOVL), pro kterou je žádána bonifikace**

(V jedné žádosti může být uvedena pouze jedna provozovna.)

|                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>IČZ provozovny</b><br>(pokud již má samostatné IČZ)                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>Přesná adresa místa provozování</b><br>(ve formátu, který je uveden v databázi lékáren<br>Státního ústavu pro kontrolu léčiv –<br><a href="http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php">http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php</a> ) |  |
| <b>Kontaktní údaje:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Telefon</li><li>- Email</li></ul>                                                                                                                                                  |  |

### **Nezbytné podmínky pro přiznání a úhradu bonifikace**

Pro vstup k posouzení žádosti výběrovou komisí je nutné odpovědět kladně na tyto otázky:

|                                                                                                                                                          |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Máte smlouvu s alespoň jednou zdravotní pojišťovnou?</b>                                                                                              | ANO/NE |
| <b>Jste jedinou provozovnou v obci?</b>                                                                                                                  | ANO/NE |
| <b>Máte provozní dobu alespoň 25 hodin týdně?</b>                                                                                                        | ANO/NE |
| <b>Dosáhli jste ve výše uvedené provozovně za poslední uzavřený kalendářní rok (= 2019) obratu z veřejného zdravotního pojištění méně než 6 mil. Kč?</b> | ANO/NE |
| <b>Ordinuje v obci lékař?</b>                                                                                                                            | ANO/NE |
| <b>Specializace lékaře:</b>                                                                                                                              |        |

### **Charakteristika provozovny, pro kterou je žádána bonifikace**

|                               |         |    |    |
|-------------------------------|---------|----|----|
| Počet pracovníků lékárny/OOVL |         |    |    |
| Vedoucí lékárník              |         |    |    |
| Pracovní doba                 | DEN     | OD | DO |
|                               | Pondělí |    |    |
|                               | Úterý   |    |    |
|                               | Středa  |    |    |
|                               | Čtvrtek |    |    |

|  |                                                     |  |  |
|--|-----------------------------------------------------|--|--|
|  | Pátek                                               |  |  |
|  | Sobota                                              |  |  |
|  | Neděle                                              |  |  |
|  | Svátek                                              |  |  |
|  | CELKEM _____ HODIN ROZDĚLENÝCH DO _____ DNŮ V TÝDNU |  |  |

### Finanční a produkční ukazatele provozovny za poslední uzavřený kalendářní rok (= 2019)

(Podpůrné údaje pro rozhodování komise.)

| Poslední uzavřené hospodářské období                                | OD:    | DO: |
|---------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| Bonifikace v roce 2020                                              | ANO/NE |     |
| Počet vydaných receptů/položek na receptu za provozovnu v roce 2019 |        |     |
| Celkový obrat provozovny                                            |        |     |
| - z toho úhrada z veřejného zdravotního pojištění                   |        |     |
| - z toho bonifikace                                                 |        |     |
| - z toho úhrada za výkon č. 09552                                   |        |     |

### Prohlášení žadatele

Výše uvedený žadatel čestně prohlašuje, že všechny uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti.

Výše uvedený žadatel prohlašuje, že si je vědom toho, že pokud se v tomto formuláři uvedené informace prokážou být nepravdivé, neúplné, nepřesné, nebo budou jinak obráceny v opak, bude čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

### Závazek pro úhradu bonifikace v roce 2021

Výše uvedený žadatel se zavazuje, že je připraven garantovat nejpozději od 1. 1. 2021 provozní dobu alespoň 25 hodin týdně.

Výše uvedený žadatel dále prohlašuje, že v případě, že bude bonifikace přiřknuta provozovně (lékárna/OOVL), která nemá samostatné IČZ, rozšíří s příslušnou zdravotní pojišťovnou smluvní vztah, v rámci něhož bude této provozovně samostatné IČZ přiděleno.

|       |                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------|
| Datum | Podpis zmocněnce pro podání a<br>vyřízení žádosti<br>Razítko |
|-------|--------------------------------------------------------------|

Vyplněnou žádost zašlete na jednu z dále uvedených adres:

- ve skenované podobě na e-mail: [bonifikace.lekaren@vzp.cz](mailto:bonifikace.lekaren@vzp.cz),
- v papírové podobě na adresu: VZP ČR – Ústředí, Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3 – s označením „Bonifikace lékáren“.