

POTVRZENÍ O ÚČASTI PSYCHOTERAPEUTICKÉ PORADENSTVÍ

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. INFORMACE O PSYCHOTERAPEUTOVI A POTVRZENÍ O ÚČASTI (VYPLNÍ PSYCHOTERAPEUT)

Organizace:

Název poskytovatele:

IČ:

Jméno a příjmení psychoterapeuta:

Potvrzujeme, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR absolvoval konzultace v rámci psychoterapeutického poradenství, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a to v těchto dnech:

1. termín:

6. termín:

2. termín:

7. termín:

3. termín:

8. termín:

4. termín:

9. termín:

5. termín:

10. termín:

Celkový počet realizovaných konzultací:

Platba za realizované konzultace byla plně uhrazena. Nedílnou součástí žádosti o příspěvek jsou vydané platební doklady psychoterapeutem.

Datum vydání:

Jméno a podpis psychoterapeuta: