



ZDRAVOTNÍ
POJIŠŤOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Zdravotnické
prostředky

POTVRZENÍ O LÉČBĚ

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ NEBO ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. INFORMACE O POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB/ CENTRU PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU/ PORADENSKÉM CENTRU

Název:

IČO:

Potvrzuji, že výše uvedený pojištěnec ZP MV ČR (211):

absolvoval léčbu v Centru pro závislé na tabáku

absolvoval minimálně 2 návštěvy

Osoba odpovědná za správnost vystaveného potvrzení - **poskytovatel zdravotních služeb**

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: