

Příloha č. 2 ke Smlouvě o výrobě, výdeji, poskytování a úhradě individuálně zhotovených ortopedicko - protetických zdravotnických prostředků, individuálně zhotovené ortopedické obuvi a individuálně zhotovených ortopedických vložek

Protokol o převzetí nového individuálního zdravotnického prostředku

Jméno, příjmení, titul:	
Bydliště:	
Rodné číslo:	
Telefon:	

dále jen „Pojištěnec“

Zastoupen zákonným zástupcem (pokud pojištěnec není zastupován zákonným zástupcem, nevyplňujte)

Jméno, příjmení, titul:	
Bydliště:	
Vztah k pojištěnci:	
Telefon:	

dále jen „zástupce“

a

Dodavatel individuálních ZP (uveďte přesný název dle obchodního nebo živnostenského rejstříku)			
se sídlem:			
provozovna		Servisní technik:	

dále jen „Dodavatel“

potvrzují

že byl Dodavatelem předán a Pojištěncem (nebo jeho zástupcem) přijat individuální zdravotnický prostředek dle následující specifikace:

Typ ZP:		Kód ZP	
Popis:			
Evidenční číslo:			

Cena použitého materiálu (bez DPH):	
Počet odpracovaných hodin:	
Cena práce (bez DPH):	
ÚHRADA zdravotní pojišťovny (vč. DPH):	
Doplatek pojištěnce:	

Tento zdravotnický prostředek je dle zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, možné nejdříve předepsat za	měsíců
---	--------

Tento individuální zdravotnický prostředek byl v okamžiku předání/převzetí bez závad, vyhovoval zdravotnímu stavu, aktivitě i tělesným proporcím pojištěnce.

Pojištěnec byl poučen o reklamačním řádu dodavatele. V případě závady či nefunkčnosti individuálního zdravotnického prostředku je tento ZP možno reklamovat na výše uvedené adrese dodavatele, nebo na adrese:

Zdravotnický prostředek je vydáván do vlastnictví pojištěnce a způsob jeho případné reklamace je obdobný, jako u spotřebního zboží.

V dne:

.....
pojištěnec (popř. zástupce)

.....
dodavatel