

Kód pojišťovny	IČP	Odbornost	Čís. dokladu
<b>VYÚČTOVÁNÍ NÁHRADY CESTOVNÍCH NÁKLADŮ soukromým vozidlem</b>			Poř. č.
Pacient	Čís. pojištěnce		
Trvalý pobyt:	Základní dg.		
Odkud:	Ostatní dg.		
Kam:	Kód náhrady		
Důvod k transportu:	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> datum, razítko a podpis lékaře </div>		
<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\*:  
Pacient prohlašuje, že soukromé vozidlo řídila jiná osoba.

RČ: .....

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

\_\_\_\_\_ jméno a příjmení zmocněnce

Likvidoval	Revidoval	Vyplatil	Přijal dne:
			_____ podpis

### POTVRZENÍ O ODBORNÉM VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ – ÚSTAVNÍ PÉČI

Datum	Razítko a podpis lékaře	Datum	Razítko a podpis lékaře

\* Pokud pacient plnou moc k převzetí náhrady cestovních nákladů neuděluje, řádky „RČ“ a „jméno a příjmení zmocněnce“ proškrtně.