

Formulář žádosti o bonifikaci pro poskytovatele lékárenské péče v nedostupných oblastech v roce 2020

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

Žádost je podávána za (zaškrtněte)		lékárnou		OOVL
------------------------------------	--	----------	--	------

Identifikace žadatele o bonifikaci (provozovatele a poskytovatele lékárenské péče)

Název poskytovatele	
Právní forma poskytovatele	
IČO	
Počet provozovaných lékáren/OOVL	
Zmocněnec pro podání a vyřízení žádosti o bonifikaci (jméno/funkce)	

Identifikace provozovny (lékárna/OOVL), pro kterou je žádána bonifikace (V jedné žádosti může být uvedena pouze jedna provozovna.)

IČZ provozovny (pokud již má samostatné IČZ)	
Přesná adresa místa provozování	
Kontaktní údaje:	
- Telefon
- E-mail

Nezbytné podmínky pro přiznání a úhradu bonifikace

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

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

Charakteristika provozovny, pro kterou je žádána bonifikace

Počet pracovníků lékární/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 uzavřené hospodářské období

(Podpůrné údaje pro rozhodování komise.)

Poslední uzavřené hospodářské období	OD:	DO:
Bonifikace v roce 2019	ANO/NE	
Počet vydaných receptů/položek na receptu za provozovnu v roce 2018		
Celkový obrat provozovny		
- z toho úhrada z v.z.p.		
- z toho bonifikace		
- z toho úhrada za výkon č. 09552		
- z toho volný prodej		
- z toho doplatky pacientů		

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 2020

Výše uvedený žadatel se zavazuje, že je připraven garantovat nejpozději od 1. 1. 2020 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 vyřízení žádosti Razítko
-------	--

Vyplněnou žádost zašlete **na jednu** z dále uvedených adres:

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