

Formulář žádosti o bonifikaci pro poskytovatele lékárenské péče v nedostupných oblastech v roce 2021

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

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|------|
| Žádost je podávána za (zaškrtněte) | <input type="checkbox"/> | lékárnou | <input type="checkbox"/> | OOVL |
|------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|------|

Identifikace žadatele o bonifikaci (provozovatele a poskytovatele lékárenské péče)

| | |
|--|--|
| Název poskytovatele (ve formátu, který je uveden v databázi lékáren Státního ústavu pro kontrolu léčiv – http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php) | |
| 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 (ve formátu, který je uveden v databázi lékáren Státního ústavu pro kontrolu léčiv – http://www.sukl.cz/modules/apotheke/search.php) | |
| Kontaktní údaje: - Telefon - Email | ----- ----- |

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 kalendářní rok (= 2019) 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 uzavřený kalendářní rok (= 2019)

(Podpůrné údaje pro rozhodování komise.)

| Poslední uzavřené hospodářské období | OD: | DO: |
|---|---------------|-----|
| Bonifikace v roce 2020 | ANO/NE | |
| Počet vydaných receptů/položek na receptu za provozovnu v roce 2019 | | |
| Celkový obrat provozovny | | |
| - z toho úhrada z veřejného zdravotního pojištění | | |
| - z toho bonifikace | | |
| - z toho úhrada za výkon č. 09552 | | |

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 prokáží být nepravdivé, neúplné, nepřesné, nebo budou jinak obráceny v opak, bude čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

Závazek pro úhradu bonifikace v roce 2021

Výše uvedený žadatel se zavazuje, že je připraven garantovat nejpozději od 1. 1. 2021 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, Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3** – s označením „Bonifikace lékáren“.