

Formulář žádosti o bonifikaci pro poskytovatele lékárenské péče v nedostupných oblastech

Identifikace žadatele o bonifikaci (provozovatele a poskytovatele lékárenské péče)

Název poskytovatele	
Právní forma poskytovatele	
IČO	
IČZ	
Místo provozování	
Kontaktní údaje:	
- Telefon	
- E-mail	
Statutární zástupce	
Název provozovatele	
Počet provozovaných lékáren	

Nezbytné podmínky pro přiznání bonifikace

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

Jste jedinou lékárnou v obci?	ANO/ NE
Máte smlouvu se zdravotní pojišťovnou?	ANO/ NE
Vydali jste v roce 2018 méně než 28 000 balení léčivých přípravků na receptech hrazených ze systému veřejného zdravotního pojištění?	ANO/ NE

Charakteristika konkrétního poskytovatele

Počet pracovníků lékárny			
z toho			
- farmaceutů			
- farmaceutických asistentů			
- ostatní			
Vedoucí lékárník			
Pracovní doba	DEN	OD	DO
	Pondělí		
	Úterý		
	Středa		
	Čtvrtek		
	Pátek		
	Sobota		
	Neděle		
	Svátek		
	CELKEM ___ HODIN ROZDĚLENÝCH DO ___ DNŮ V TÝDNU		
K provozovně náleží OOVL*	ANO/ NE		
Výdejna zdravotnických prostředků	ANO/ NE		

* Odloučené oddělení pro výdej léků a zdravotnických prostředků

Finanční a produkční ukazatele konkrétního poskytovatele

(podpůrné údaje pro rozhodování komise)

Ukazatel/Rok	2017	2018
Celkové tržby za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky		
Celkové tržby za léčivé přípravky		
Z toho		
- Úhrada od zdravotních pojišťoven za léčiva na receptech		
- Doplatky pacientů za recepty		
- Léčiva ve volném prodeji		
Celkové tržby za zdravotnické prostředky		
Z toho		
- Úhrada od zdravotních pojišťoven za zdravotnické prostředky na poukazu		
- Doplatky pacientů za poukazy		
- Volný prodej zdravotnických prostředků		
Celkové tržby za výkon 09552		
Počet vydaných receptů celkem		
Počet vydaných poukazů celkem		
Počet vydaných balení léčivých přípravků na receptech		
Celkové náklady poskytovatele na provoz (osobní, nájem, energie, vodné, stočné apod.)		

Místní podmínky

Je ve Vaší obci aktivní ordinace lékaře?	ANO/ NE
Identifikace ordinace lékaře (název, jméno, IČO)	

Prohlášení žadatele

Výše uvedený žadatel čestně prohlašuje, že výše uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti.	Datum, razítko, podpis
--	------------------------