

Kód pojišťovny

HLÁŠENÍ O ZASTUPOVÁNÍ LÉKAŘE

ZASTUPOVANÝ LÉKAŘ

Jméno a příjmení:

.....

IČZ

IČP

Razítko:

Dne:

Podpis:

ZASTUPOJÍCÍ LÉKAŘ

Jméno a příjmení:

.....

IČZ IČP

Zastupování:

– ve dnech

– od do
den měsíc den měsíc rok

Adresa ordinace:

(Uvedte v případě, nebude-li zastupování v ordinaci zastupovaného lékaře!)

.....

.....

Dne:

Razítko a podpis: