



Prohlášení zdravotní pojišťovny

Prohlašuji, že v případě, že začne uvedený žadatel o dotaci v rámci programu na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů poskytovat zdravotní služby v dané oblasti, ve které je zajištění primární péče podstatně omezeno, bude s ním uzavřena smlouva o poskytování a úhradě hrazených zdravotních služeb.

Žadatel o dotaci:.....

Místo poskytování hrazených služeb:.....

PL / PLDD (nehodící se škrtni)

V dne

Zdravotní pojišťovna:.....

Jméno a podpis oprávněného zástupce zdravotní pojišťovny

