



IČZ:

IČO:

IČP:

Příloha č.2
smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb

Smluvní odbornost pracoviště paliativní medicína

Adresa sídla:

IČP: Název IČP: Ulice: Obec: PSČ: **Lékař zodpovědný za poskytování zdravotních služeb**

Jméno	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>
Titul	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>
IČP	<input type="text"/>
Kvalifikace	<input type="text"/>

Počet dnů poskytování péče v týdnu Počet hodin poskytování péče v týdnu Poměrné kapacitní číslo pracoviště **Seznam pracovníků poskytujících služby na pracovišti**

Jméno, příjmení, titul	Rodné číslo	Kategorie	Kapacita prac.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Počet pracovníků poskytujících služby na pracovišti současně

Lékaři:	JVŠ:	SZP:	Ostatní:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

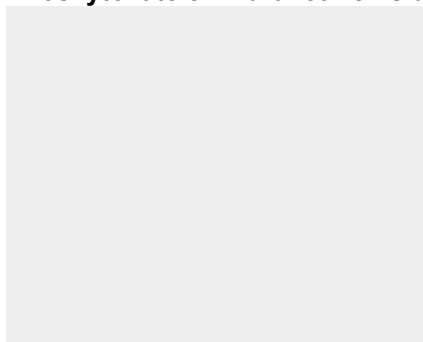
Rozvrh ordinačních hodin pracoviště

Den	Místo	Od - do	Od - do

Poskytovatelem zdravotních služeb garantovaná územní oblast

Příslušný okres

Další okresy

**PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ,
které je podmínkou pro vykazování příslušného výkonu**

Název (SPZ)

Počet

Datum výroby

