



FORMULÁR

NAHLASOVANIE NEPRÍTOMNOSTI

(Pri zabezpečení zastupovania priamo na ambulancii poskytovateľa alebo neprítomnosť nepresahujúcu 3 bezprostredne po sebe nasledujúce pracovné dni, nie je potrebné VŠZP takúto neprítomnosť prostredníctvom tohto formulára nahlasovať.)

Nepřítomný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS)

1. Názov PZS:

2. IČO PZS:

3. Miesto prevádzkovania:

4. Zastupovaný lekár:

meno a priezvisko:	
kód lekára:	

5. Neprítomnosť v ambulancii:

dátum od:	
dátum do:	

6. Dôvod neprítomnosti*

*nepovinný údaj

Zastupujúci PZS:

1. Názov PZS:

2. Miesto prevádzkovania:

V

dňa

.....
Podpis PZS