Jméno a příjmení Datum narození Číslo dokladu totožnosti (OP, Pas)

 Trvalé bydliště Státní příslušnost

 Kontaktní adresa *(je-li odlišná od adresy trvalého bydliště)*

tímto potvrzuji, že byla ze strany Fakultní nemocnice Olomouc poskytnuta zdravotní péče, a to konkrétně:

***Vyšetření průkazu přítomnosti viru SARS-CoV-2 metodou PCR včetně odběru biologického materiálu.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |
| **číslo NS**  | **zdravotní výkon** | **počet**  | **cena bez DPH (dle Ceníku\*)** | **DPH** | **cena celkem Kč**  |
| 6027 | vyšetření COVID 19 | 1 | 2 434,78 | 15% | **2 800,00** |
| **Celkem k úhradě**  |   |   | **2 800,00** |
| \* Platný Ceník zdravotních výkonů a služeb poskytovaných za přímou úhradu |  |  |
| **Datum ošetření:** |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Způsob platby:**  |  | **Fakturou** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vyúčtování vyhotovil:**  |  |  |

 Podpis odpovědná osoba**Prohlášení o uznání dluhu** |

Prohlašuji, že můj **dluh vůči Fakultní nemocnici Olomouc** z titulu řádně vyúčtované zdravotní péče poskytnuté na **oddělení / klinice** **…………………………………….** dne \_\_\_\_\_**15.5.2020**\_\_\_\_, **činí částku 2.800,- Kč, případně částku jinou bude-li cena této zdravotní služby k dnešnímu dni legislativně upravena.** Na této částce nebylo z mé strany doposud uhrazeno ničeho.

**Prohlašuji dále, že tento svůj dluh vůči Fakultní nemocnici Olomouc tímto výslovně co do důvodu i výše uznávám a zavazuji se, že tento dluh ve výši 2.800,- Kč, případně ve výši jiné bude-li cena této zdravotní služby k dnešnímu dni legislativně upravena, uhradím nejpozději do 14-ti dnů od vystavení daňového dokladu (faktury) na poskytnutí této zdravotní služby ze strany Fakultní nemocnice.**

Pro účely řádné evidence a identifikace tímto současně uděluji Fakultní nemocnici souhlas s pořízením kopie identifikačního dokladu (OP, pasu, ŘP…)

Podpis pacienta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V Olomouci dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_