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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_