

Meno, priezvisk, bydlisko pacienta

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

pobočka _____

Vec: Žiadosť o preplatenie SValZ/ŠAS vyšetrení indikovaných nezmluvným poskytovateľom

Ako poistenec VŠZP, a.s. týmto žiadam o preplatenie SValZ/ŠAS vyšetrení indikovaných mojím zmluvným lekárom, ktorý je nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti VŠZP:

(obchodné meno PZS)

Úhradu žiadam poukázať na č.ú.: _____

V _____ dňa _____

S pozdravom

Príloha:

Kópia zápisu do zdravotnej dokumentácie/lekárska správa

Doklad o úhrade