

Meno, priezvisk, bydlisko pacienta

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

pobočka _____

Vec: Žiadosť o preplatenie zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom vrátane preplatenia liekov indikovaných nezmluvným poskytovateľom

Ako poistenec VŠZP, a.s. týmto žiadam o preplatenie zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

(obchodné meno PZS)

ako aj liekov indikovaných týmto poskytovateľom.

Úhradu žiadam poukázať v hotovosti, alebo na č.ú.: _____

V _____ dňa _____

S pozdravom

Príloha:

Kópia zápisu do zdravotnej dokumentácie/lekárska správa

Doklady o úhrade