

Příloha č. 5

Přihláška k zařazení do sítě

Centrum pro léčbu hemofilie a ostatních vrozených krvácivých poruch pro dospělé a (nebo) děti

Zdravotnické zařízení:

.....
.....

Pracoviště:

.....
.....

Úplná adresa:

.....
.....

IČZ:

.....

DIČ:

.....

Statutární zástupce:

.....

Telefon:

.....

e-mail:

.....

FAX:

.....

Přihlašuji se tímto k zařazení do sítě:

- CCC
- HTC
- PSP

Svým podpisem na této žádosti potvrzují, že:

1. všechny údaje uvedené v žádosti a přílohách jsou pravdivé
2. dodržím všechny podmínky a kritéria stanovená deklarácí ČNHP, každou změnu oznámím neprodleně koordináční radě ČNHP a zdravotním pojišťovnám a umožním kontrolu jejich plnění
3. souhlasím s tím, aby pro potřeby zhodnocení dosavadní činnosti zařízení poskytla zdravotní pojišťovna komisi potřebná statistická data (netýká se osobních údajů o pacientech).

Podpis statutárního zástupce a razítko ZZ

V.....dne.....