

# Vyúčtování lékařských nákladů k pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za pracovní úrazy a nemoci z povolání



Číslo pojistné události

Jméno pacienta

Rodné číslo

Účel platby	Množství	Celková cena	Hrazeno pacientem	Hrazeno ZP
<b>Celkem</b>				

Potvrzuji, že uvedené lékařské výkony byly provedeny v souvislosti s pracovním úrazem (nemoci z povolání) ze dne

Potvrzuji, že mám – nemám uzavřenou smlouvu ZP poškozeného (nehodící-se škrtněte).

Poznámka (zde uveďte skutečnosti k objasnění či doplnění vyúčtování lékařských nákladů)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

20

.....  
Razítko a podpis lékaře

**Vyplněný formulář zašlete na adresu**

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group  
P. O. Box 50, 664 42 Modřice