**Potvrzení zdravotní pojišťovny – zdravotní pomůcka/y**

**oblast podpory č. 9 - Zdravotnictví**

podprogram 9.3

**Podpora osob se zdravotním postižením**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Název projektu**Dle žádosti o dotaci |  |
| **2.** | **Žadatel = zdr. postižený** Jméno a příjmení |  |
| **Zákonný zástupce** |  |
| **Adresa trvalého bydliště**Ulice, č.p., PSČ, Obec |  |
| **3.** | **Postižení (diagnosa)** |  |
| **4.** | **Registrující lékař, který vydal doporučení k vydání zdravotní pomůcky**Jméno, příjmení, odbornost, adresa ordinace |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.** | **Zdravotní pojišťovna**Regionální zastoupení |  |
| **6.** | **Zdravotní pomůcka**název zdravotní pomůcky |  |
| Kód zdr. pomůcky dle číselníku |  |
| **Potvrzujeme, že výše uvedená zdravotní pomůcka** 1. **je** hrazena z veřejného zdravotního pojištění **\***
2. **není** hrazena z veřejného zdravotního pojištění \*
3. **je** hrazena z veřejného zdravotního pojištění pouze **do výše ………………… \***

 *\*) Nehodící se škrtněte, popř. doplňte!*  |
| **Osoba odpovědná za vydání potvrzení (za přísl. zdr. pojišťovnu)** |  |

V …………………………. dne ………………………………..

……………………………………………………

razítko, podpis