

VZOR
Prehľad o realizovaných platbách zdravotnej poisťovne do zdravotníckych zariadení

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Za mesiac/rok:

č.	IČO zdravotníckeho zariadenia	Názov zdravotníckeho zariadenia	☐ štátne (rozpočtové organizácie, príspevkové organizácie, neziskové organizácie a iné právnické osoby alebo fyzické osoby v zriaďovateľskej pôsobnosti príslušného ministerstva) ☐ neštátne ☐ územnej samosprávy (rozpočtové organizácie, príspevkové organizácie, neziskové organizácie a iné právnické osoby alebo fyzické osoby v zriaďovateľskej pôsobnosti vyššieho územného celku a obce)	Zmluvne dohodnutý objem finančných prostriedkov v príslušnom mesiaci v eurách	Poskytnutá úhrada celkom v príslušnom mesiaci v eurách
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

17.					
18.					
19.					
20.					
...					
	Spolu:				

Vypracoval/a: (meno, priezvisko, telefonický kontakt)

Zodpovedný/á: (meno, priezvisko, telefonický kontakt)

Dátum:

Vysvetlivky:

1. Za mesiac/rok - v hlavičke tabuľky sa uvádza konkrétny mesiac a rok, za ktorý sú predkladané údaje.
2. IČO zdravotníckeho zariadenia – uvádza sa identifikačné číslo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti uvedeného v § 7 zákona č. 578/2004 Z. z. a identifikačné číslo zariadenia sociálnych služieb a zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa zverejnení na webovom sídla Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.