



ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ ODBĚRU KRVE NA VYŠETŘENÍ PROTILÁTEK IgG V SEROLOGICKÉ PROSPEKTIVNÍ STUDII ZP MV ČR – „STUDIE COVID – 19“

Originál tohoto potvrzení si ponechte pro všechny tři odběry. K žádosti o proplacení příspěvku přikládejte kopii.

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI (VYPLNÍ POJIŠTĚNĚC)

Příjmení a jméno pojištěnce:

Rodné číslo pojištěnce:

2. POTVRZENÍ O ÚČASTI A ÚHRADĚ (VYPLNÍ POSKYTOVATEL LABORATORNÍCH SLUŽEB)

Organizace:

Název:

IČ:

Potvrzujeme, že pan/paní, pojištěnec ZP MV ČR byl/a zapojen/a do „Studie COVID – 19“, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Prosíme vyznačte pořadí odběru:

1. Odběr

Uhrazeno: 600 Kč

Datum:

Razítko laboratoře a podpis:

2. Odběr

Uhrazeno: 600 Kč

Datum:

Razítko laboratoře a podpis:

3. Odběr

Uhrazeno: 600 Kč

Datum:

Razítko laboratoře a podpis:

Přiložte formulář **Žádost o příspěvek z fondu prevence pro pojištěnce 2020**: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/formulare>

Více o Studii COVID-19 a seznam zapojených laboratoří: www.qualitylab.cz/protilatky covid19