**Příloha č. 3a – Protokol o převzetí nového**

**cirkulovatelného zdravotnického prostředku do vlastnictví pojištěnce**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pojištěnec**(jméno, příjmení, titul): |  |
| Bydliště: |  |
| Rodné číslo: |  | E-mail: |  | Telefon: |  |

(dále jen „Pojištěnec“)

zastoupený zákonným zástupcem (pokud pojištěnec není zastupován zákonným zástupcem, nevyplňujte)

|  |  |
| --- | --- |
| **Zákonný zástupce**(jméno, příjmení, titul): |  |
| Bydliště: |  |
| Vztah k pojištěnci: |  | E-mail: |  | Telefon: |  |

(dále jen „Zástupce“)

a

|  |
| --- |
| **Dodavatel cirkulovatelného ZP** (uveďte přesný název dle obchodního nebo živnostenského rejstříku**)** |
| se sídlem:  |  |
| Adresa provozovny: |  | Servisní technik: |  |

(dále jen „Dodavatel“)

potvrzují,

že byl v souladu s § 32 odst. 3 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“), Dodavatelem předán a Pojištěncem (nebo jeho Zástupcem) převzat cirkulovatelný zdravotnický prostředek (dále jen „ZP“) do vlastnictví pojištěnce (včetně příslušenství) dle následující specifikace:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kód číselníku** | **Název** | **Výrobní číslo** | **Evidenční číslo** | **Množstevní limit** dle z. č. 48/1997 Sb. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Tento cirkulovatelný ZP (včetně příslušenství) byl v okamžiku předání/převzetí bez závad, vyhovoval zdravotnímu stavu, aktivitě i tělesným proporcím Pojištěnce. Pojištěnec byl poučen o reklamačním řádu Dodavatele. V případě závady či nefunkčnosti ZP je tento ZP možno reklamovat na výše uvedené adrese Dodavatele nebo na adrese:

.................................................................................................................................

ZP je vydáván do vlastnictví Pojištěnce a způsob jeho případné reklamace je obdobný jako
u spotřebního zboží. Pojištěnec bere na vědomí, že v souladu s oddílem C přílohy č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., je omezena možnost čerpat úhradu oprav z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úhrada této částky je možná pouze na základě poukazu a žádanky vystavené ošetřujícím lékařem a pouze po předchozím schválení Pojišťovnou.

V .......................................... dne: ....................  V ………………………… dne: …………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| .................................................................. Pojištenec  (popř. Zástupce) |  ..................................................................... Dodavatel |
|  |  |