**Příloha č. 5 - Návrh na opravu / vyřazení ZP z evidence**

Sdělujeme Vám, že na základě kontroly provedené dne .......................na zdravotnickém prostředku:

|  |  |
| --- | --- |
| Typ: |  |
| Kód ZP: |  | Úhrada pojišťovny: |  |
| Evidenční číslo: |  | Výrobní číslo: |  |
|  |  |
| Příslušenství | Kód ZP | Úhrada pojišťovny |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poprvé uveden do provozu dne: | …………………. | Cena celkem vč. příslušenství: | ……………Kč |

který byl půjčen/pronajat Vašemu pojištěnci:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno, příjmení: |  | Rodné číslo: |  |
| Adresa: |  |
| Telefon: |  |

Navrhujeme vyřadit tento zdravotnický prostředek z evidence z těchto důvodů (důvod/y označte X):

|  |  |
| --- | --- |
| Uplynula doba jeho použitelnosti stanovená výrobcem  |  |
| Jeho technický stav ohrožuje bezpečnost a zdraví pojištěnce |  |

 Zdravotnický prostředek v současné době vykazuje především tyto závady (doplňte):

|  |
| --- |
|  |

Pokud by byl zdravotnický prostředek opravován, celkové náklady by činily celkem (doplňte):

|  |  |
| --- | --- |
| Náklady na náhradní díly (uveďte výpis po položkách): |  |
| Náklady na práci servisního technika |  |
| Náklady na dopravu: |  |
| Ostatní náklady (uveďte jaké): |  |

V případě, že máte zájem vybavit Vašeho pojištěnce další pomůckou, doporučujeme Vám následující zdravotnický prostředek:

|  |  |
| --- | --- |
| Typ: |  |
| Kód ZP: |  | Úhrada pojišťovny: |  |
|  |  |  |
| Příslušenství | kód ZP | Úhrada pojišťovny |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Tento ZP je funkčně adekvátní pomůcce navržené k vyřazení, vyhovuje požadavkům na ekonomicky nejméně náročný ZP, odpovídá současnému zdravotnímu stavu pacienta a je na trhu k dispozici.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Za Dodavatele návrh na vyřazení vyhotovil: |  | Dne: |  |
| Podpis a razítko: |  |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pojišťovna souhlasí s výše uvedeným návrhem na vyřazení a souhlasí s likvidací ZP:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Za Pojišťovnu s vyřazením a likvidací ZP souhlasí: |  | Dne: |  |
| Podpis a razítko: |  |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Potvrzujeme, že předmětný ZP byl v souladu s platnými předpisy a legislativou zlikvidován.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Za Dodavatele potvrzuje: |  | Dne: |  |
| Podpis a razítko: |  |