SOUHLAS S ELEKTRONICKOU FORMOU KOMUNIKACE

pro účely vykazování potřebných údajů do Clearingového centra

Údaje o poskytovateli zdravotních služeb

Název / jméno

IČZ

Uvedením níže uvedené e-mailové adresy udílím souhlas s elektronickou formou komunikace s Kanceláří zdravotního pojištění - Clearingovým centrem za účelem předávání informací o stavu zásob očkovacích látek.

e-mail

Otisk razítka

Datum

Podpis

Vyplněný formulář odeslat na adresu Clearingového centra:

Kancelář ZP - CC
Nám. W. Churchilla 1800/2
130 00 Praha 3

Formulář je ke stažení na: www.kancelarzp.cz

Formulář č. 2/2012/CC

POKYNY K VYPLNĚNÍ

Tento formulář je určen pro ty poskytovatele zdravotních služeb (PZS), kteří mají zájem předávat informace o očkovacích látkách pro pravidelná očkování do Clearingového centra elektronickou cestou. Zasláním vyplněného a podepsaného formuláře na adresu Kanceláře zdravotního pojištění, z. s. udílí PZS souhlas s elektronickou formou předávání informací do Clearingového centra.
Jako identifikátor slouží uvedená emailová adresa, kterou PZS bude pro komunikaci s Clearingovým centrem používat. Informace o očkovacích látkách pro pravidelná očkování zaslané z jiné emailové adresy nebudou akceptovány.
Formulář je nutné po vyplnění podepsat a originál odeslat na adresu:
Kancelář ZP – CC
Nám. W. Churchilla 1800/2
130 00 Praha 3
nebo naskenovaný na adresu ockovani@kancelarzp.cz.

FORMULÁŘ PRO VYKAZOVÁNÍ POTŘEBNÝCH ÚDAJŮ DO CLEARINGOVÉHO CENTRA je ke stažení ve formátu aplikace Microsoft Office Excel a PDF na stránkách www.kancelarzp.cz
Po stažení PZS formulář elektronicky vyplní a odešle jako přílohu e-mailu z předem uvedené adresy (viz výše) na adresu:
ockovani@kancelarzp.cz.cz

Kontakt:
Tel.: +420 224 250 364