

**POTVRZENÍ O SCHVÁLENÍ LÉČBY V DRUHÉM SMLUVNÍM STÁTĚ  
POTVRDA O ODOBRENJU LIJEČENJA U DRUGOJ DRŽAVI UGOVORNICI**Smlouva: čl. 12 odst. 3  
Sporazum: član 12. stav 3.Správní ujednání: čl. 6  
Član 6. Administrativnog sporazuma

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

Rodné číslo pojištěnce v Česku  
Jedinstveni matični broj u Češkoj**1.  Pojištěnec / Osiguranik <sup>(4)</sup>**

1.1. Příjmení / Prezime Jméno / Ime Datum narození / Datum rođenja

1.2. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>**2.  Rodinný příslušník / Član porodice <sup>(4)</sup>**

2.1. Příjmení / Prezime Jméno / Ime Datum narození / Datum rođenja

2.2. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>**3.**3.1. Pojištěnec uvedený v části 1  nebo 2  má souhlas pro další poskytnutí věcných dávek v nemoci a mateřství v Bosně a Hercegovině, kam odjíždí za účelem léčení v následujícím zdravotnickém zařízení: / <sup>(3)</sup>Osiguranik naveden u rubrici 1  ili 2  ima saglasnost za dalje korišćenje davanja u naturi iz osiguranja za slučajbolesti i materinstva u Bosni i Hercegovini, gde se upućuje radi lečenja u sledeću zdravstvenu ustanovu:3.2. Tyto dávky mohou být poskytnuty v době: / Ova davanja se mogu pružiti u periodu:  
od / od ..... do / do .....**4. Příslušný nositel v Česku / Nadležni nosilac u Češkoj**

4.1. Název / Naziv

4.2. Adresa / Adresa <sup>(2)</sup>

4.3. Datum / Datum

Razítko / Pečat

Podpis / Potpis

**POKYNY / NAPOMENE**

- (1) Příslušný nositel zdravotního pojištění v Česku vyplní formulář a předá ho zúčastněné osobě nebo doručí zdravotní pojišťovně v místě pobytu držitele, pokud je formulář vystaven na její žádost. /  
Nadležní nosilac u Češkoj popunjara obrazac i uručuje ga osiguraniku ili ga dostavlja nosiocu u mjestu boravka ako je obrazac izdat na njegov zahtjev.
- (2) PSČ, město, ulice, číslo, stát. / Poštanski broj, mjesto, ulica, broj, država.
- (3) Zde se uvede zdravotnické zařízení, do kterého je dotyčná osoba odeslána, pokud je předem stanoveno. /  
Ovdje se navodi zdravstvena institucija-ustanova u koju se osigurano lice upućuje, ukoliko je ona unapjred određena.
- (4) Zaškrtnout příslušné okénko. / Označiti odgovarajuće polje.

**DŮLEŽITÉ POKYNY PRO OPRÁVNĚNOU OSOBU / OBAVJEŠTENJE ZA OSIGURANIKA**

Toto potvrzení se předloží zdravotní pojišťovně podle místa pobytu v Bosně a Hercegovině. /  
Potvrdu predati u Bosni i Hercegovini nosiocu zdravstvenog osiguranja u mjestu boravka.