

**VYÚČTOVÁNÍ SLUŽEB NADSTANDARDNÍ POKOJ**

**INTERNA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Den |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 710,-** • jednolůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 540,-** • dvoulůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 710,-****•** neobsazovat 2. lůžko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 720,-**• za rodinného příslušníka |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VYÚČTOVÁNÍ CELKEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pobyt(počet nocí) | Ubytovánírod. příslušníka | CELKEM Kč |
|  |  |  |

Dne:…………………… Podpis účtovatele:………………………..

**PROHLÁŠENÍ**

Potvrzuji svým níže uvedeným podpisem, že v den odchodu, **zaplatím** spol. Privamed a.s hotově do pokladny nebo platební kartou všechny mnou čerpané nadstandardní ubytovací i zdravotní služby, s jejichž ceníkem jsem byl(a) seznámen(a).

A to ve všední dny od 6 do 14 hodin na recepci CJCHO, od 14 do 6 hodin následujícího dne na Urgentním příjmu, sobota, neděle, svátky na Urgentním příjmu.

Dále prohlašuji, že beru na vědomí seznam stálého inventáře nadstandardního pokoje a jeho úplné předání při mém propuštění je pro mě závazné.

**Příjmení a jméno pacienta**:………………………………………………………………………………………….

V Plzni dne:………………………………

Podpis pacienta:………………………………………



**VYÚČTOVÁNÍ SLUŽEB NADSTANDARDNÍ POKOJ**

**INTERNA - JIP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Den |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 1.320,-** • jednolůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 540,-** • dvoulůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 960,-****•** neobsazovat 2. lůžko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 720,-**• za rodinného příslušníka |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VYÚČTOVÁNÍ CELKEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pobyt(počet nocí) | Ubytovánírod. příslušníka | CELKEM Kč |
|  |  |  |

Dne:…………………… Podpis účtovatele:………………………..

**PROHLÁŠENÍ**

Potvrzuji svým níže uvedeným podpisem, že v den odchodu, **zaplatím** spol. Privamed a.s hotově do pokladny nebo platební kartou všechny mnou čerpané nadstandardní ubytovací i zdravotní služby, s jejichž ceníkem jsem byl(a) seznámen(a).

A to ve všední dny od 6 do 14 hodin na recepci CJCHO, od 14 do 6 hodin následujícího dne na Urgentním příjmu, sobota, neděle, svátky na Urgentním příjmu.

Dále prohlašuji, že beru na vědomí seznam stálého inventáře nadstandardního pokoje a jeho úplné předání při mém propuštění je pro mě závazné.

**Příjmení a jméno pacienta**:………………………………………………………………………………………….

V Plzni dne:………………………………

Podpis pacienta:………………………………………



**VYÚČTOVÁNÍ SLUŽEB NADSTANDARDNÍ POKOJ**

**NEUROLOGIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Den |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 710,-** • jednolůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 540,-** • dvoulůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 710,-****•** neobsazovat 2. lůžko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 720,-**• za rodinného příslušníka |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VYÚČTOVÁNÍ CELKEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pobyt(počet nocí) | Ubytovánírod. příslušníka | CELKEM Kč |
|  |  |  |

Dne:…………………… Podpis účtovatele:………………………..

**PROHLÁŠENÍ**

Potvrzuji svým níže uvedeným podpisem, že v den odchodu, **zaplatím** spol. Privamed a.s hotově do pokladny nebo platební kartou všechny mnou čerpané nadstandardní ubytovací i zdravotní služby, s jejichž ceníkem jsem byl(a) seznámen(a).

A to ve všední dny od 6 do 14 hodin na recepci CJCHO, od 14 do 6 hodin následujícího dne na Urgentním příjmu, sobota, neděle, svátky na Urgentním příjmu.

Dále prohlašuji, že beru na vědomí seznam stálého inventáře nadstandardního pokoje a jeho úplné předání při mém propuštění je pro mě závazné.

**Příjmení a jméno pacienta**:………………………………………………………………………………………….

V Plzni dne:………………………………

Podpis pacienta:………………………………………



**VYÚČTOVÁNÍ SLUŽEB NADSTANDARDNÍ POKOJ**

**REHABILITACE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Den |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 710,-** • jednolůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 540,-** • dvoulůžkový pokoj |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 710,-****•** neobsazovat 2. lůžko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **lůžko 720,-**• za rodinného příslušníka |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VYÚČTOVÁNÍ CELKEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pobyt(počet nocí) | Ubytovánírod. příslušníka | CELKEM Kč |
|  |  |  |

Dne:…………………… Podpis účtovatele:………………………..

**PROHLÁŠENÍ**

Potvrzuji svým níže uvedeným podpisem, že v den odchodu, **zaplatím** spol. Privamed a.s hotově do pokladny nebo platební kartou všechny mnou čerpané nadstandardní ubytovací i zdravotní služby, s jejichž ceníkem jsem byl(a) seznámen(a).

A to ve všední dny od 6 do 14 hodin na recepci CJCHO, od 14 do 6 hodin následujícího dne na Urgentním příjmu, sobota, neděle, svátky na Urgentním příjmu.

Dále prohlašuji, že beru na vědomí seznam stálého inventáře nadstandardního pokoje a jeho úplné předání při mém propuštění je pro mě závazné.

**Příjmení a jméno pacienta**:………………………………………………………………………………………….

V Plzni dne:………………………………

Podpis pacienta:………………………………………



**PROHLÁŠENÍ**

Potvrzuji svým níže uvedeným podpisem, že v den odchodu, **zaplatím** spol. Privamed a.s hotově do pokladny nebo platební kartou všechny mnou čerpané nadstandardní ubytovací i zdravotní služby, s jejichž ceníkem jsem byl(a) seznámen(a).

A to ve všední dny od 6 do 14 hodin na recepci CJCHO, od 14 do 6 hodin následujícího dne na Urgentním příjmu, sobota, neděle, svátky na Urgentním příjmu.

Hotovostní platbu je možno provést též ve finanční účtárně od 7 ho 14 hodin.

Dále prohlašuji, že beru na vědomí seznam stálého inventáře nadstandardního pokoje a jeho úplné předání při mém propuštění je pro mě závazné.

**Příjmení a jméno pacienta**:………………………………………………………………………………………….

V Plzni dne:………………………………

Podpis pacienta:………………………………………



**PŘEHLED A VYÚČTOVÁNÍ POSKYTNUTÝCH NADSTADRADNÍCH VÝKONŮ**

**A SLUŽEB DLE PLATNÉHO CENÍKU CNP**

**Jméno a příjmení: ……………………………………………………….**

**Číslo pokoje: ……………**

**Pobyt: 350,- lůžko/den**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **den** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Pobyt: 750,- lůžko/den**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **den** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ubytování rodinného příslušníka: 550,- lůžko/den**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **den** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Vyúčtování celkem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **pobyt** | **ubytování rodinného příslušníka** | **celkem** |
|  |  |  |

**Dne: ………………………….**

**Podpis účtovatele: ………………………………….**

**Podpis pacienta: …………………………………….**