

VZOR

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

PREHLAD O SPLNENÍ ULOŽENÉHO OPATRENIA

Predmet uloženého opatrenia	Informácia o splnení alebo nesplnení uloženého opatrenia

Odoslané dňa:	Osoba zodpovedná za vypracovanie výkazu: (meno, priezvisko, podpis) Osoba zodpovedná za výkaz: (meno, priezvisko, podpis) Podpis štatutárneho zástupcu: Odtlačok pečiatky:	Telefonický kontakt:
---------------	---	----------------------