

Kód pojišťovny

--

HLÁŠENÍ O ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

IČZ zdravotnického zařízení	
IČO zdravotnického zařízení	
Název zdravotnického zařízení	
Adresa - město, místo, část	
Adresa - ulice a číslo popisné	
PSC	
Kontaktní osoba pro ICZP	
Telefon	
Fax	
E-mail	
Druh změny (V =vznik, Z = zánik, X = změna dat)	
Datum změny	

VZP-92/1998

razítko a podpis