## Náhradní formulář pro získání údajů k žádosti spojené s placením náhrady výdajů za odborné úkony prováděné

**na žádost – zdravotnické prostředky a diagnostické zdravotnická prostředky in vitro**

Tento formulář je určen pro žadatele, kteří z jakýchkoliv důvodů nemohou sami získat doklad „Potvrzení o zaplacení náhrady výdajů za odborné úkony prováděné na žádost” přímo pomocí internetové adresy <https://sukl.gov.cz>v sekci O nás – Sazebník a poplatky. Vyplněný formulář předejte nebo zašlete do podatelny SÚKL. Zaměstnanci SÚKL zařadí na základě těchto údajů Vaši žádost standardně do databáze a předají Vám nebo zašlou (dle dohody) doklad „Potvrzení o zaplacení náhrady výdajů za odborné úkony prováděné na žádost”, který předložíte společně s příslušnou žádostí.

## Důležité upozornění:

**Tento formulář neslouží jako doklad „Potvrzení o zaplacení náhrady výdajů za odborné úkony prováděné na**

**žádost”, který se předkládá s žádostí!!!**

 ***Vysvětlivky:***

***U položky, kde je možnost výběru, proveďte výběr zaškrtnutím v šedivém poli ( )***

***U položky označené \*) žadatel se sídlem v České republice vyplní IČ, žadatel se sídlem v zahraničí vyplní kód, pod kterým je žadatel evidován v databázi SÚKL (kód bude sdělen účtárnou SÚKL)***

***Vyplnění položek označených \* je povinné.***

**Žadatel:**

|  |
| --- |
| Název firmy\*: |
| \*) ID\*: |
| Ulice\*: |
| Číslo domu\*: |
| Obec\*: |
| PSČ\*: |
| Stát\*: |
| E-mail: |

**Číslo bankovního účtu plátce**\*:

**Kontaktní / zmocněná osoba pro jednání se SÚKL jménem žadatele:**

|  |
| --- |
| Titul: |
| Jméno\*: |
| Příjmení\*: |
| Telefon\*: |
| Fax: |
| E-mail: |
| **Níže uvedené údaje vyplňte pouze v případě, že adresa kontaktní/zmocněné osoby není shodná s adresou****žadatele:** |
| Název firmy\*: |
| \*) ID\*: |
| Ulice\*: |
| Číslo domu\*: |
| Obec\*: |
| PSČ\*: |
| Stát\*: |

**Vygenerovaný doklad „Potvrzení o zaplacení náhrady výdajů za odborné úkony prováděné na žádost” \*:**

1. osobně vyzvednu na základě předchozí dohody se zaměstnancem podatelny SÚKL:
2. požaduji zaslat na níže uvedený kontakt:
	* *adresa:*
	* *fax:*
	* *e-mail:*

**Doplňující údaje** *(např. základní údaje o zdravotnickém prostředku, u obecné žádosti specifikace posuzované oblasti, popřípadě uveďte, s kým byla žádost předjednána) \****:**

## Kód příslušného typu žádosti – viz Sazebník náhrad výdajů (příloha č. 1):