# Žádost o vrácení náhrady výdajů podle zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro

Pro jednoznačnou identifikaci žádosti je nutno vyplnit všechna pole!

|  |  |
| --- | --- |
| Sp. zn. žádosti |  |
| Odborný úkon (Kategorie viz UST-29): |  |
| Kód (viz UST-29): |  |
| Název posuzovaného výrobku: |  |
| Specifikace obsahu žádosti |  |
| Název žadatele: |  |
| Adresa žadatele: | Ulice, pošt. Box: | Město, PSČ, stát: |
| Kontaktní osoba: |  |
| Adresa kontaktní osoby: |  | Telefon, email: |
| Částka k vrácení v Kč: |  | Datum zaplacení: |
| Variabilní symbol žádosti \*) |  | Vrátit v měně: |
| Název peněžního ústavu žadatele: |  | Adresa: |
| Číslo účtu/kód banky: |  | IBAN: |
| SWIFT: |  | Národní clearingový kód \*\*) |
| Odůvodnění: |  |

*\*) Variabilní symbol uvedený na dokladu ”Potvrzení o zaplacení náhrady výdajů“*

*\*\*) Pokud je znám*

Datum Jméno a podpis žadatele

***Nevyplňujte – určeno pro vnitřní potřeby SÚKL***

Stanovisko útvaru provádějícího odborný úkon k odůvodnění uvedenému v žádosti: …………

Proto souhlasím/nesouhlasím s prominutím/vrácením částky: ………………. Kč.

Datum Jméno a podpis příkazce operace