**Potvrzení RBP, zdravotní pojišťovny**

**o využívání** **zdravotnického prostředku pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo zdravotnického prostředku pro domácí plicní umělou ventilaci**

**RBP, zdravotní pojišťovna**

**Michálkovická 967/108, 710 00, Slezská Ostrava**

**IČO: 47673036**

(dále jen „**RBP**“)

tímto **potvrzuje** v souladu s § 8 zák. č. č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, že pojištěnec

|  |
| --- |
| **Identifikační údaje pojištěnce RBP** |
| Jméno: |  |
| Příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Trvalé bydliště: |  |

**využívá od** VYPLNIT DATUM **zdravotnický prostředek** **pro:**

1. **dlouhodobou domácí oxygenoterapii**

nebo

1. **zdravotnický prostředek pro domácí plicní umělou ventilaci**

a tento zdravotnický prostředek využíval **po celý kalendářní měsíc.**

V …………………. dne ………

…………………………….…..
Za RBP, zdravotní pojišťovnu