**RBP, zdravotní pojišťovna**

Michálkovická 967/108,

710 00 Slezská Ostrava

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádost o zaslání částky překračující limit doplatků na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zákona o veřejném zdravotním pojištění**

Jméno a příjmení: …………………………………………………………………..

Číslo pojištěnce (RČ): …………………………………………………………………..

Telefonický kontakt: …………………………………………………………………..

E-mailový kontakt: …………………………………………………………………..

Bankovní účet: …………………………………………………………………..

(ve formátu předčíslí – číslo účtu / kód banky)

**Tímto žádám výše nadepsanou zdravotní pojišťovnu o zaslání částky, o níž jsem v roce ………. překročil/a limit doplatků na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely podle § 16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to na výše uvedený bankovní účet.**

Současně tímto žádám o registraci výše uvedeného bankovního účtu jako účtu určeného pro zasílání veškerých dalších přeplatků dle předchozí věty za jakékoli další kalendářní čtvrtletí.

V případě jakýchkoli dotazů ohledně této žádosti mě, prosím, kontaktujte prostřednictvím výše uvedeného telefonického čísla či e-mailové adresy.

V ……………………. dne …………………….

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_