

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ DENTÁLNEJ HYGIENY

A) Identifikačné údaje poistenca

Meno:
Priezvisko:
Rodné číslo/IČP*:
Ošetrovanie absolvované dňa:

Pečiatka a podpis PZS**:

* Identifikačné číslo poistenca

** PZS - poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

B) Pokyny pre poistenca

Vyplnené a podpísané potvrdenie naskenujte do Online pobočky spolu s týmito prílohami:

Prílohy pri platbe v hotovosti :

Doklad z registračnej pokladnice alebo z virtuálnej registračnej pokladnice

Prílohy pri bezhotovostnej platbe :

Faktúra – daňový doklad

Potvrdenie o vykonaní platby (detail platby)

Prílohy pri zľavových portáloch :

Faktúra – daňový doklad (poistenec si ju musí vyžiadať u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti)

Voucher – kupón, ktorý poistenec obdržal od zľavového portálu emailom

V prípade preventívnej prehliadky za minulý kalendárny rok u nezazmluvneného stomatóloga, prosím naskenujte aj doklad o preventívnej prehliadke, vzhľadom na podmienky poskytovania Príspevku 100 eur na zuby ročne.