

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

jméno koordinátora

organizace

podpis

Bc. Štěpánka Musilová

UNIFY ČR



Za zdravotní pojišťovnu:

jméno:

podpis

VZP ČR	Ing. Jiří Mrázek, MBA	
OZP	MUDr. Ludmila Plšková	
ZPŠ	MUDr. Petr Šmach	
ČPZP	MUDr. Pavel Frňka	
VoZP	MUDr. Ladislav Gregor	
ZPMV	PharmDr. Ivana Cimalová	
RBP	MUDr. Jiří Havrlant	