**Potvrzení o absolvování návštěvy – Příkaz k vyplacení cestovních náhrad**

**Jméno a příjmení:** …………………………… **Číslo pacienta**:

**Adresa:** .……………………………………….

**R.Č.:** ...………………………………………….

Subjekt hodnocení a hlavní zkoušející potvrzují svým podpisem absolvování návštěvy a vznik nároku na vyplacení cestovních náhrad formou paušálního poplatku ve výši **… Kč** ([částka slovy] korun českých) za návštěvu spojených s jednotlivou cestou na vyšetření, které je součástí klinického hodnocení:

**Č. protokolu:**

**Hlavní zkoušející:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VIZITA** | **DATUM VIZITY** | **PODPIS SUBJEKTU HODNOCENÍ** | **PODPIS HLAVNÍHO ZKOUŠEJÍCÍHO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Nevyplněné řádky prosím proškrtněte.*

**Poučení o daňových aspektech vyplácené úhrady cestovních výloh**

Úhrada cestovních výloh přijatá pacientem u něho představuje tzv. ostatní zdanitelný příjem dle § 10 zákona o daních z příjmů. Takový příjem by u pacienta neměl podléhat povinnosti k příspěvku na sociální a zdravotní pojištění. Společnost ani vyplácející osoba nejsou povinni srazit z vyplacených úhrad cestovních výloh daň či zálohu na daň z příjmů fyzických osob. Posouzení zdanitelnosti tohoto příjmu a splnění případné daňové povinnosti je zodpovědností pacienta. Tento příjem může být u pacienta osvobozen, pokud u něj úhrnná výše příjmů dle § 10/1 (a) nepřesáhne za zdaňovací období částku 20 000 Kč.