

Ž I A D O S Ť

O UZATVORENIE / ROZŠÍRENIE* ZMLUVY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Názov poskytovateľa:
zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti, resp. služby súvisiacej s poskytovaním ZS (ďalej len "PZS")

V zastúpení:
meno priezvisko titul

Adresa sídla:
PSC, mesto ulica číslo

Miesto výkonu činnosti** :
mesto ulica číslo

IČO: DIČ: IČ DPH:

Bankové spojenie:
názov banky číslo účtu kód banky

Korešpondenčná adresa:
PSC, mesto ulica číslo

☎: č. faxu: email:

ž i a d a m

Union zdravotnú poisťovňu, a.s., Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava

o uzatvorenie/rozšírenie*

a) zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v odbore:

.....

b) zmluvy o poskytovaní lekárenskej starostlivosti

c) zmluvy o poskytovaní služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

.....

s účinnosťou od

Rozhodnutie o povolení na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia/ licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe/ živnostenské oprávnenie

č. vydané

dňa, nadobudlo právoplatnosť dňa

V dňa

.....

podpis žiadateľa,
resp. štatutárneho zástupcu žiadateľa

*/ nehodiace sa prečiarknite

**/ uvádza ten PZS, ktorého miesto výkonu činnosti nie je totožné so sídlom PZS

K žiadosti PZS dokladá

1. Rozhodnutie (Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky alebo príslušného samosprávneho kraja) o povolení na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, resp. licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe
2. Výpis z Obchodného registra/ Živnostenský list/ Doklad o pridelení IČO u fyzických osôb
3. Doklad o pridelení daňového identifikačného čísla (DIČ)
4. Kódy PZS a kódy lekárov pridelené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
5. Čestné vyhlásenie PZS o výške úväzku v ktorom bude poskytovať zdravotnú starostlivosť a plánovanom súbehu odbornej praxe v iných ZZ
6. Doklad o zdravotnej spôsobilosti u zdravotníckych pracovníkov po dovŕšení 65 rokov veku v zmysle § 32 ods. 5 zákona NR SR č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
7. Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti, na ktorý sa požaduje uzatvoriť zmluva (napr. spádová oblasť, zoznam a počet zdravotných výkonov na ktoré požaduje uzatvoriť zmluvu vo vybraných druhoch poskytovanej zdravotnej starostlivosti, napr. JZS, CT, MR, USG)
8. Zoznam používanej zdravotníckej techniky, prístrojov a pomôcok nad rámec povinného vybavenia spolu s dokladmi o nadobudnutí, platnými certifikátmi, prípadne revíznymi správami a dokladmi preukazujúcimi odbornú spôsobilosť PZS na výkon vyšetrení týmito prístrojmi (ak sa vyžaduje, napr. pri USG)
9. Ordinačné hodiny (resp. prevádzkový čas) schválené príslušným orgánom
10. Čestné vyhlásenie PZS, že zodpovedá za správnosť a platnosť predkladaných dokumentov a informácií v nich uvedených
11. Plnomocenstvo za PZS, ak bolo udelené (napr. plnomocenstvo udelené občianskemu združeniu Zdravita)
12. V prípade vzniku zdravotníckeho zariadenia na základe delimitácie z iného subjektu, potvrdenie riaditeľa (štatutárneho zástupcu) daného zdravotníckeho zariadenia o delimitovaní činností a výške delimitovaného finančného objemu a úväzku