**Žiadosť**

**o  zazmluvnenie prístrojového vybavenia nad rámec povinného materiálno-technického vybavenia ambulancie**

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

V zastúpení:

Kód PZS

IČO:

Kódy výkonov súvisiace so žiadosťou

**ž i a d a m**

**Union zdravotnú poisťovňu, a. s.** so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava

**o zazmluvnenie výkonov poskytovaných prístrojovým vybavením nad rámec povinného materiálno-technického vybavenia ambulancie**

**K svojej žiadosti prikladám nasledujúce doklady\*:**

* fotokópiu dokladu o nadobudnutí prístrojového vybavenia nad rámec povinného materiálno-technického vybavenia ambulancie (napr. faktúra, kúpna zmluva, darovacia zmluva, leasingová zmluva apod.)
* fotokópie certifikátov výrobcu k prístroju (vyhlásenie o zhode, Declaration of conformity a pod.)
* výstup z databázy zdravotníckych pomôcok ŠÚKL
* certifikát o zaškolení obsluhy prístroja autorizovanou osobou vystavený na meno s uvedením dátumu zaškolenia

V dňa

.............................................................

     (*titul, meno, priezvisko)*

*(funkcia)*

*(názov poskytovateľa)*

\* v prípade PZS v odbornosti ŠAS postačuje zdokladovanie nadobudnutia prístrojového vybavenia a certifikátu k prístroju (zhoda)

*Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 Nariadenia EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov), Union ako prevádzkovateľ zverejňuje na* [www.union.sk](http://www.union.sk) *a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.*