

Ž I A D O S Ť

O UZATVORENIE / ROZŠÍRENIE ZMLUVY

Názov poskytovateľa:

poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti, služby súvisiacej s poskytovaním alebo zabezpečením ZS, zariadenie sociálnych služieb, zariadenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len „poskytovateľ“)

V zastúpení:

meno, priezvisko, titul

Adresa sídla:

PSČ, mesto, ulica, číslo

Miesto výkonu činnosti *

PSČ, mesto, ulica, číslo

Kód poskytovateľa **

IČO:

DIČ:

IČ DPH:

Korešpondenčná adresa:

PSČ, mesto, ulica, číslo

Bankové spojenie:

názov banky, číslo účtu, kód banky, IBAN, BIC

tel.č

č. faxu

e-mail

ž i a d a m

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

UZATVORENIE

ROZŠÍRENIE ***

- zmluvy o poskytovaní **zdravotnej** starostlivosti
- v **špecializovanej** ambulantnej starostlivosti v odbore
 - vo **všeobecnej** ambulantnej starostlivosti v odbore
 - v **ústavnej** starostlivosti
- zmluvy o poskytovaní **lekárskej** starostlivosti
- zmluvy o poskytovaní **dopravy** ako služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- zmluvy o poskytovaní **služby súvisiacej** so zabezpečením zdravotnej starostlivosti (očná optika)
- zmluvy o poskytovaní **ošetrovateľskej** starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci

s účinnosťou od

Poskytovateľ je oprávnený poskytovať príslušný druh starostlivosti na základe **::

- povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia / povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti / licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe / živnostenského oprávnenia

č. vydané dňa , právoplatnosť nadobudlo dňa

V dňa

.....
podpis poskytovateľa

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

***/neuvádza sa v prípade žiadosti o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti*

****/ správne zaškrtnite*

K žiadosti poskytovateľ dokladá (vo fotokópiách):

- Rozhodnutie (Ministerstva zdravotníctva SR, príslušného samosprávneho kraja) o povolení na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia / o povolení na poskytovanie lekárskej starostlivosti / licenciu na výkon samostatnej zdravotníckej praxe*.
- Výpis z obchodného registra/ živnostenského registra/ prípadne iného registra, v ktorom je poskytovateľ registrovaný/ doklad o pridelení IČO u fyzických osôb.
- Doklad o pridelení daňového identifikačného čísla (DIČ).
- Kód poskytovateľa a kódy zdravotníckych pracovníkov pridelené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- Čestné vyhlásenie poskytovateľa o výške úväzku (lekárskeho miesta), v ktorom bude poskytovať zdravotnú starostlivosť (tlačivo je k dispozícii na web stránke www.union.sk).
- 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).
- Doklad o zdravotnej spôsobilosti u zdravotníckych pracovníkov po dovŕšení 65 rokov veku v zmysle § 32 ods. 5 zákona 578/2004 Z.z v znení neskorších predpisov.
- Zoznam používanej zdravotníckej techniky, prístrojov a pomôcok nad rámec povinného vybavenia, s dokladmi o ich nadobudnutí, platnými certifikátmi, prípadne revíznymi správami a dokladmi preukazujúcimi odbornú spôsobilosť poskytovateľa na výkon vyšetrení týmito prístrojmi (ak sa vyžaduje napr. pri USG), zoznam motorových vozidiel určených na poskytovanie dopravy.
- Ordinačné hodiny (resp. prevádzkový čas) schválené príslušným orgánom.
- Čestné vyhlásenie poskytovateľa, že zodpovedá za správnosť a platnosť predkladaných dokumentov a informácií v nich uvedených.
- Plnomocenstvo za poskytovateľa, ak bolo udelené.
- V prípade vzniku zdravotníckeho zariadenia na základe delimitácie z iného subjektu, potvrdenie štatutárneho zástupcu daného zdravotníckeho zariadenia o delimitovaní činností, výške delimitovaného finančného objemu a úväzku.
- V prípade vzniku zdravotníckeho zariadenia na základe zmeny právnej formy poskytovateľa z fyzickej osoby na právnickú osobu predložiť zdravotnej poisťovni rozhodnutie o zrušení povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti fyzickou osobou.
- Zmluva o bežnom účte obsahujúca číslo účtu a medzinárodné bankové číslo účtu (IBAN, BIC).
- Oznámenie zodpovednej osoby za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa § 7a ods. 1 písm. b) zákona č. 581/2004 Z.z., spolu s čestným vyhlásením, že zodpovedná osoba je v pracovnoprávnom vzťahu s poskytovateľom a zoznam zamestnancov poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 7a ods. 1 písm. c) zákona č. 581/2004 Z.z. (samostatný vzor).
- Oznámenie o zodpovednej osobe podľa § 10a zákona č. 576/2004 Z.z. (v prípade žiadosti uzatvorenie zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti).