**Žiadosť**

O ROZŠÍRENIE ZMLUVY O PROGRAMY

**Názov poskytovateľa:**

poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti ( ďalej len „poskytovateľ“)

**V zastúpení**:

meno, priezvisko, titul

**Adresa sídla**:

PSČ, mesto, ulica, číslo

**Kód poskytovateľa:**       **IČO:**

**Úroveň nemocnice:**

**žiadam**

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

podľa zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene
a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších právnych predpisov o rozšírenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti o medicínske programy, ktorých zoznam tvorí prílohu č. 1
k tejto žiadosti.

**s účinnosťou od**

**čestne prehlasujem,**

že v súvislosti s požadovanými programami spĺňam požiadavky pre požadované medicínske programy ustanovené prílohou č. 3 k vyhláške Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
č. 531/2023 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti v platnom znení.

Prehlasujem, že údaje uvedené v tejto žiadosti sú pravdivé.

V       dňa

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

 podpis štatutárneho orgánu poskytovateľa**\***

\*alebo inej osoby oprávnenej konať za poskytovateľa

**Príloha č. 1 k žiadosti**

**Zoznam žiadaných nepovinných medicínskych programov v rámci programového profilu nemocnice**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Číslo programu | Názov programu | Úroveň programu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |