

ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Obchodný názov / Priezvisko, meno, titul: _____

Sídlo (právnická osoba) / Trvalý pobyt (fyzická osoba): _____

Zastúpená: _____

IČO

žiadam

spoločnosť DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s., Krajská pobočka: _____

o uzatvorenie "Zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti"

S účinnosťou od:* _____

V špecializačných odboroch: _____

K žiadosti prikladám spolu _____ nasledujúcich dokladov:**

- Dotazník
- Výpis z obchodného registra u právnickej osoby, iný doklad o pridelení IČO
- Povolenie vydané príslušným orgánom (MZ SR, VÚC)
- Licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, resp. živnostenský list, (ak nejde o poskytovanie zdravotnej starostlivosti na základe povolenia)
- Kódy lekárov a kódy PZS pridelené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- Doklady o vzdelaní – certifikáty, špeciálne osvedčenia, atesty, /napr. Doklad o odbornej spôsobilosti vykonávať USG, Doklad o odb. spôsobilosti na psychoterapeutickú činnosť, atď./
- Prístrojové vybavenie zdravotníckeho zariadenia:
 - Zoznam prístrojov na ambulancii
 - Doklad o nadobudnutí prístroja (fotokópia kúpnej, nájomnej alebo leasingovej zmluvy) a certifikát
 - Oprávnenie na vykonávanie vyšetrení s týmito prístrojmi (ak sa vyžaduje)
- Rozpis ordinačných hodín (schválený samosprávnym krajom)
- Menný zoznam pacientov (vrátane rodného čísla), s ktorými má lekár uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (predkladá len poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo)
- _____
- _____

V

Podpis žiadateľa (štatutárneho zástupcu):

dňa

* poisťovňa uzatvára zmluvu najskôr od prvého dňa nasledujúceho mesiaca od podania žiadosti

** označte doklad(y), priložený(é) k žiadosti, nevyžaduje sa originál dokladu

DOTAZNÍK
k žiadosti o uzatvorenie "Zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti"

Názov zdravotníckeho zariadenia: _____

Priezvisko, meno, titul žiadateľa (štatutárneho zástupcu): _____

Korešpondenčná adresa: _____

Číslo bankového účtu: _____ / _____

Telefón (predvoľba / číslo): _____ Fax (predvoľba / číslo): _____

Mobil: _____

E-mail: _____ www: _____

Predchádzajúci poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: Transformácia (napr. z fyzickej osoby na právnickú osobu):Poskytovateľ **je / nie je*** (* *nehodiace sa preškrtnite*) právnym nástupcom pôvodného poskytovateľa. Ak áno, priložte doklad. Predchádzajúci poskytovateľ (u ktorého bola vykonávaná požadovaná zdravotná starostlivosť):

- Názov: _____

- IČO: _____

V prípade delimitácie priložte doklad o delimitácii z príslušného zdravotníckeho zariadenia.

Zoznam ambulancií a lekárov

Kód ambulancie	Miesto prevádzky danej ambulancie	Meno a priezvisko lekára	Kód lekára	Rozsah lekárskeho miesta

Ak rozsah tabuľky nie je dostatočný, je možné vyplniť samostatnú tabuľku ako prílohu

Vyhlasujem, že všetky údaje v "Žiadosti a Dotazníku" sú pravdivé a každú zmenu, ktorá má vplyv na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a jej úhradu oznámim do 8 dní DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s.,

V _____ dňa _____
podpis poskytovateľa