

**ŽIADOSŤ O UZATVORENIE ZMLUVY O POSKYTOVANÍ LEKÁRENSKEJ
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 lekárenskej starostlivosti"

S účinnosťou od:* _____

Vo verejnej lekární / výdajni: _____

K žiadosti priložujem spolu _____ nasledujúcich dokladov:**

- Dotazník
- Výpis z obchodného registra u právnickej osoby, iný doklad o pridelení IČO
- Povolenie vydané príslušným orgánom (MZ SR, VÚC), resp. živnostenský list
- Kódy PZS pridelené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- IČ DPH, pokiaľ je poskytovateľ platcom DPH
- _____
- _____

V
dňa

Podpis žiadateľa (štatutárneho zástupcu):

* 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 lekárenskej starostlivosti"

Obchodný názov / Názov zariadenia poskytujúceho lekárenskú starostlivosť:

(napr. *Lekáreň, s.r.o. / Lekáreň Nezábudka*):

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

Korešpondenčná adresa: _____

Číslo bankového účtu: _____ / _____

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

Mobil: _____

E-mail: _____ www: _____

Predchádzajúci poskytovateľ lekárenskej 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 lekárenskej starostlivosti:

- Názov: _____

- IČO: _____

Zoznam prevádzok

Kód PZS (v plnom tvare)	Názov prevádzky	Adresa prevádzky

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 lekárenskej starostlivosti a jej úhradu oznámim do 8 dní DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s.,

V _____ dňa _____
podpis poskytovateľa