

DOTAZNÍK
člen Zdravita o. z.

1. Identifikačné údaje fyzická osoba

Názov a sídlo spoločnosti	
Titul, meno, priezvisko	
Adresa ambulancie (ulica,PSČ,obec)	
Korešpondenčná adresa (ulica,PSČ,obec)	
Mobil	Tel. ambulancia
e-mail	Počet prevádzkovaných ambulancií

2. Ambulancie a personálne obsadenie

1. ambulancia	Odbornosť	Úväzok
Odborný zástupca (meno, priezvisko, titul)		
Miesto výkonu činnosti		
Lekár (meno, priezvisko, titul)		
Odbornosť	Atestácia (odbor, rok)	Úväzok
2. ambulancia	Odbornosť	Úväzok
Odborný zástupca (meno, priezvisko, titul)		
Miesto výkonu činnosti		
Lekár (meno, priezvisko, titul)		
Odbornosť	Atestácia (odbor, rok)	Úväzok

Poznámka: v prípade že má žiadateľ viac ambulancií/odbornosť, vyplňuje údaje za všetky ambulancie a za každého lekára a zdravotnú sestru/laborantku osobitne

V prípade viacerých odbornosť, lekárov, a pod. prosíme údaje napísať na osobitný list priložený k dotazníku s označením bodu, ktorého sa týka.

3. Prístrojové vybavenie ambulancie

Uveďte vybavenie ambulancie nad rámec stanovený výnosom MZ SR č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo technické vybavenie jednotlivých druhov ZZ a poisťovňu, v ktorej máte zazmluvnené výkony s uvedeným prístrojom :

Prístroj	Zazmluvnený v ZP
Prístroj	Zazmluvnený v ZP
Prístroj	Zazmluvnený v ZP
Prístroj	Zazmluvnený v ZP

4. ŠAS , GYN USG, SValZ - súčasné limity

Údaje uveďte vo VŠZP v Eur/mesiac; v Dôvere v počtoch bodov; v Union uviesť v Eur/polrok)

	VŠZP	Dôvera	Union
súčasné limity z dodatkov zmlúv			

Poznámka: výška limitov je potrebný údaj pre ďalšie rokovania so zdravotnými poisťovňami a budeme s týmito údajmi nakladať ako dôvernými.

5. Iné údaje a špecifiká, ktoré pokladáte za dôležité

--

Prehlasujem, že som sa oboznámil s podmienkami spracovania osobných údajov na účely činnosti Zdravita o. z. ako aj s poučením v zmysle Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a voľnom pohybe takýchto údajov zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a so spracovávaním osobných údajov súhlasím.

Miesto, dátum, podpis

Pozn:

1. V prípade, že nebudú uvedené všetky údaje, dotazník sa vráti na doplnenie
2. V prípade väčšieho rozsahu odpovedí (napr. viacerých lekárov, prístrojov a pod.) , prosíme údaje napísať na osobitný list priložený k dotazníku s označením bodu, ktorého sa týka