



ŽIADOSŤ O REGISTRÁCIU NEZMLUVNÉHO POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRE POTREBY ELEKTRONICKEJ PRESKRIPCIE

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (PZS):

IČO:

V zastúpení:

Titul, meno a priezvisko:

Telefón:

E-mail:

Mobil:

Sídlo PZS:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Korešpondenčná adresa:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Žiadam:

Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s. – kraj:

S účinnosťou od: /

o registráciu nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre potreby elektronickej preskripcie

1. Ambulancia/Oddelenie/Prevádzka:

Názov prevádzky:

Odbor:

Kód PZS – ambulancie/oddelenia:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Kód lekára:

Meno a priezvisko lekára:

Úväzok:



2. Ambulancia/Oddelenie/Prevádzka:

Názov prevádzky:

Odbor:

Kód PZS – ambulancie/oddelenia:

Ulica: Číslo:

PSČ: Obec/mesto:

Kód lekára:

Meno a priezvisko lekára:

Úväzok:

K svojej žiadosti prikladám nasledujúce doklady (označte znamienkom):

- Rozhodnutie (MZ SR, VÚC) o povolení na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe.
- Výpis z Obchodného registra/ Živnostenský list/ Doklad o pridelení IČO u fyzických osôb; výpis z Obchodného registra v prípade právnickej osoby nesmie byť starší ako 3 mesiace a bude v ňom uvedené už aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo predloženie návrhu na zápis do Obchodného registra s tým, že aktuálny výpis predloží do 10 dní od jeho doručenia.
- Kódy lekárov a kódy PZS pridelené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- Fotokópia dokladu o dosiahnutej špecializácii, resp. certifikácii PZS.
- Doklad o zdravotnej spôsobilosti u zdravotníckych pracovníkov po dovŕšení 65 rokov veku v zmysle § 32 ods.5 zákona NR SR č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

V _____ Dňa: _____

Štatutárny zástupca, pečiatka, podpis