



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Žiadosť o pridelenie číselného kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

podľa § 20 ods.1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Príslušná pobočka na vybavenie žiadosti

Identifikácia žiadateľa

Obchodné meno/Názov organizácie

IČO

Telefón

Právna forma

E-mail

Adresa sídla žiadateľa

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Štát

Informácie o osobe, ktorá je štatutárnym orgánom

Meno	Priezvisko	Dátum narodenia
Meno	Priezvisko	Dátum narodenia
Meno	Priezvisko	Dátum narodenia
Meno	Priezvisko	Dátum narodenia
Meno	Priezvisko	Dátum narodenia

Orgán príslušný na vydanie povolenia, licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo osvedčenia o živnostenskom oprávnení

Názov orgánu

Číslo povolenia, licencie alebo osvedčenia o živnostenskom oprávnení

Adresa výkonu odbornej činnosti (Ak má poskytovateľ viac miest výkonu odbornej činnosti, údaje sa uvedú samostatne pre každé miesto odbornej činnosti v prílohe žiadosti.)

Ulica	Číslo
PSČ	Obec
Štát	
Druh zdravotníckeho zariadenia	

Identifikácia odborného zástupcu/identifikácia FO (Ak má poskytovateľ viac odborných zástupcov, údaje sa uvedú samostatne pre každého odborného zástupcu v prílohe) ^

Titul pred menom

Titul za menom

Meno

Priezvisko

Dátum narodenia

Rodné číslo

Registračné číslo z komory

Číslo licencie na výkon činnosti odborného zástupcu/výkon zdravotníckeho povolania/samostatnej zdravotníckej praxe

Komora, v ktorej je zdravotnícky pracovník zaregistrovaný

Bezbariérový prístup zdravotníckeho zariadenia pre osoby so zdravotným postihnutím ^

Áno Nie

Neuvádza sa pri záchrannej zdravotnej službe

Kódy žiadam pre odborné zameranie zdravotníckeho zariadenia (uviest' špecializáciu/certifikovanú pracovnú činnosť): ^

- | | |
|----|---|
| 1. | Identifikátor zdravotníckeho zariadenia |
| 2. | Identifikátor zdravotníckeho zariadenia |
| 3. | Identifikátor zdravotníckeho zariadenia |
| 4. | Identifikátor zdravotníckeho zariadenia |
| 5. | Identifikátor zdravotníckeho zariadenia |

Požadované prílohy k žiadosti: ^

- a) kategória „O“ fyzická osoba (držiteľ povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia) – kópia rozhodnutia o vydaní licencie na výkon povolania
- b) kategória „R“ fyzická osoba (držiteľ licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe) – kópia rozhodnutia o vydaní licencie na výkon činnosti samostatnej zdravotníckej praxe
- c) kategória „S“ fyzická osoba (držiteľ živnostenského oprávnenia); v prípade očného optika a zubného technika – kópia dokladu o získaní odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností (napr. maturitné vysvedčenie, vysokoškolský diplom)
- d) kategória „P“ právnická osoba (držiteľ povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia) – kópia rozhodnutia o vydaní licencie na výkon odborného zástupcu
- e) kategória „T“ právnická osoba (držiteľ živnostenského oprávnenia) – kópia výpisu zo živnostenského registra; v prípade očného optika a zubného technika – kópia dokladu o získaní odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností (napr. maturitné vysvedčenie, vysokoškolský diplom)

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť, úplnosť a pravdivosť poskytnutých údajov.

V

Dňa

podpis žiadateľa