**FORMULÁŘ – ŽÁDOST POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

|  |  |
| --- | --- |
| POBOČKA VoZP: | Zvolte položku. |
| TYP ŽÁDOSTI: | Zvolte položku. |
| SPISOVÁ ZNAČKA: |  |
| ČÍSLO JEDNACÍ: |  |

**ÚDAJE O POSKYTOVATELI**

|  |  |
| --- | --- |
| IČO: |  |
| IČZ: |  |
| IČP: |  |
| KÓD ODBORNOSTI: |  |
| NÁZEV ŽÁDAJÍCÍHO SUBJEKTU: |  |
| FORMA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:(např. lůžková, ambulantní, primární péče, atd.) |  |
| SÍDLO POSKYTOVATELE: |  |
| MÍSTO POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB: |  |
| KONTAKTNÍ ÚDAJE: (e-mail, tel., DS) |  |
| POPIS POŽADAVKU:(v případě nové smlouvy nebo rozšíření smlouvy o nové pracoviště uveďte i velikost úvazku) |  |

**DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K ŽÁDOSTI**

|  |  |
| --- | --- |
| ODPOVÍDAJÍCÍ TECHNICKÉ VYBAVENÍ:(pro provedení nasmlouvaných nebo požadovaných výkonů) | [ ] ANO [ ]  NE |
| PLNĚNÍ PERSONÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ: (dle vyhl. č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb) | [ ] ANO [ ]  NE |
| OPRÁVNĚNÍ K POSKYTOVÁNÍ ZS PRO DANOU ODBORNOST A LOKALITU: | [ ] ANO [ ]  NE |
| SPEKTRUM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ: |  |
| OČEKÁVANÁ ROČNÍ FREKVENCE VÝKONŮ: |  |
| SMLUVNÍ VZTAH S OSTATNÍMI ZP DLE POSKYTOVATELE: | [ ]  201 VoZP [ ]  207 OZP [ ]  213 RBP ZP[ ]  111 VZP ČR [ ]  209 ZP Škoda [ ]  211 ZPMV ČR[ ]  205 ČPZP [ ]  žádná z uvedených variant |

**K žádosti o změnu výkonů, přístrojů, personálního vybavení je nutné doložit:**

* Doklady o dosažené kvalifikaci nositelů výkonů
* Doklady o nabytí přístrojů nutných pro provádění požadovaných výkonů

**K žádosti o nové pracoviště nebo odbornost je nutné doložit:**

* Oprávnění k poskytování zdravotních služeb
* Doklady o dosažené kvalifikaci nositelů výkonů
* Doklady o nabytí přístrojů nutných pro provádění požadovaných výkonů
* Doporučující výsledek výběrového řízení v případě, že jde o dosud nenasmlouvanou odbornost nebo místo provozování

**K žádosti o uzavření nové smlouvy je nutné doložit:**

* Oprávnění k poskytování zdravotních služeb
* Doklady o dosažené kvalifikaci nositelů výkonů
* Doklady o nabytí přístrojů nutných pro provádění požadovaných výkonů
* Doporučující výsledek výběrového řízení
* Bankovní spojení
* Pojištění odpovědnosti za škodu

**K žádosti o uzavření smlouvy podle § 17 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb. je nutné dále doložit:**

* Smlouvu o převodu majetkových práv spojených s poskytováním zdravotních služeb
* Žádost o převod smluvního vztahu ne starší 30 dnů od vydání nového oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro nabyvatele
* Kupní smlouva deklarující převod všech majetkových práv - smlouva by měla obsahovat ujednání o převzetí pohledávek a závazků, vyplývající ze smluvního vztahu s VoZP a zároveň musí být ze smlouvy zřejmý den, kdy došlo k převodu všech majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb
* Oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro nabyvatele
* Rozhodnutí o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb prodávajícího

**Podepsanou žádost, včetně požadovaných dokumentů zašlete na adresu pro místně příslušnou pobočku VoZP** pro daný kraj. V případě že se jedná o oční optiku, výdejnu sluchadel, zdravotnické pomůcky, žádost zašlete na adresu – VoZP ČR, Drahobejlova 1404/4, Praha 9, PSČ 190 03.

Žádost je následně zařazena do projednání v pracovní skupině ke smluvním vztahům pobočky VoZP. Po projednání žádosti je žadatel písemně vyrozuměn o stanovisku VoZP ČR. V této souvislosti si dovolujeme upozornit na skutečnost, že **výsledek výběrového řízení nezakládá žadateli právo na uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami, stejně tak ani vyplnění a odeslání této žádosti.**