| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IČO | 6 | 0 | 8 | 7 | 5 | 4 | 7 | 0 |
| IČZ smluvního ZZ | 3 | 6 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Číslo smlouvy | 5 | C | 3 | 6 | X | 0 | 5 | 5 |

Název IČO: Poliklinika Milevsko, spol. s r.o.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

# PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-12 / 9.10.10 /4_12
# SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

| | |
|---|---|
| Platnost smlouvy ode dne | 1.1.2016 |
| Číslo složky | |
| Číslo dodatku | |
| Datum uplatnění od | 1.5.2023 |
| Datum uplatnění do | 31.12.3000 |

## Typ A — PRACOVIŠTĚ – ORDINACE LÉKAŘE

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVIŠTĚ (IČP): 3 6 2 0 2 6 2 5

PRACOVIŠTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU: ○ Ano ◉ Ne

NÁZEV ORDINACE: Otorinolaryngologie

VARIABILNÍ SYMBOL: (jen je-li přidělen v SZZ)

**ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ ORDINACE**

| | Město / Obec | Ulice | Č. orientační | Č. popisné | PSČ | Poř. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Milevsko | Jeřábkova | | 158 | 399 01 | 1 |

**SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVIŠTĚ**: 7 0 1

PRACOVIŠTĚ JE HRAZENO FORMOU KKVP: ○ Ano ◉ Ne

## ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Počet dnů poskytování péče v týdnu: 1

Počet hodin poskytování péče v týdnu: 6 (zaokrouhleno na celé hodiny)

**ROZVRH ORDINAČNÍCH HODIN DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm)** — Pořadí: 1

| | od | do | od | do | místo provozování |
|---|---|---|---|---|---|
| **Pondělí** | | | | | |
| **Úterý** | | | | | |
| **Středa** | 08:00 | 12:00 | 12:30 | 14:30 | Jeřábkova 158, Milevsko 399 01 |
| **Čtvrtek** | | | | | |
| **Pátek** | | | | | |
| **Sobota** | | | | | |
| **Neděle** | | | | | |

## VEDOUCÍ PRACOVIŠTĚ

Příjmení, jméno, titul [redacted]

Rodné číslo [redacted] bez lomítka

| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do | Kapacita pracovníka |
|---|---|---|---|---|
| L3 | X | 1.1.2016 | 31.12.3000 | 6,00 |

Funkční licence

## KVALIFIKACE LÉKAŘE

| | |
|---|---|
| Rozhodnutí MZ ČR o získání specializované způsobilosti v oboru | [redacted] |
| Atestace v oboru | |
| Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod | |
| Jiná speciální odborná způsobilost | |

## KVALIFIKACE VNP NEBO JOP

| | |
|---|---|
| Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání | |
| Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru | |
| Specializovaná způsobilost v oboru | |
| Jiná speciální odborná způsobilost | |

## DOKLAD O STATUTU LÉKAŘE ŠKOLITELE

| | |
|---|---|
| Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace v oboru | |
| Platnost od | |
| Platnost do | |

## SOUČET KAPACIT ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

| Skupina | Kategorie pracovníka | | Kapacita |
|---|---|---|---|
| **Lékaři** | **L3** | Lékař se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí | 6,00 |
| | **L2** | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene. Symbol L2 se použije také u lékařů, kteří doposud nesplňují podmínky absolvování základního kmene, avšak nejpozději do 31. 12. 2007 byli zařazeni do specializačního vzdělávání | 0,00 |
| | **L1** | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání | 0,00 |
| **VNP** (klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut) | **K3** | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí, nebo se zvláštní odbornou způsobilostí, příp. s další specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu a po prokázání zvláštní odborné způsobilosti. | 0,00 |
| | **K2** | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. | 0,00 |
| | **K1** | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání. Fyzioterapeut i bez VŠ vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním | 0,00 |
| **JOP** (jiný VŠ vzdělaný pracovník ve zdr.) | **J2** | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se specializačním vzděláním nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání | 0,00 |
| | **J1** | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se získanou odbornou způsobilostí v příslušném oboru | 0,00 |
| **NLZP** (nelékařský zdravotnický pracovník) | **S4** | NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí | 0,00 |
| | **S3** | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí | 0,00 |
| | **S2** | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD) | 12,00 |
| | **S1** | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD) | 0,00 |
| | **SBM** | NLZP způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem – bez maturity | 0,00 |
| | **DI** | Pracovník dopravy – Dispečer | 0,00 |
| | **DD** | Pracovník dopravy – Řidič vozidla záchranné služby | 0,00 |
| | **DZS** | Pracovník dopravy – Řidič zdravotnického vozidla DRNR | 0,00 |

**NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA** (pouze praktický lékař)

| Nasmlouvaný kód dopravy | | Smluvní ohodnocení výkonu dopravy | | |
|---|---|---|---|---|
| Kód | Název | Sazba | Počet bodů | Paušál |

**SMLUVENÁ ÚZEMNÍ OBLAST PRO NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU**
**(údaj v km, příp. vyjmenovat příslušné obce)**

**ÚZEMNÍ OBLAST GARANTOVANÁ POSKYTOVATELEM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**
(kromě lékařů registrujících pojištěnce)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Příslušný okres** | (•) Ano | ( ) Ne | (dle sídla SZZ) |
| **Další okresy** | ( ) Ano | (•) Ne | (příp. jmenovitě vypsat) |
| **Kraj** | ( ) Ano | (•) Ne | (příp. jmenovitě vypsat) |
| **Česká republika** | ( ) Ano | (•) Ne | |

**Seznam okresů a krajů**

| | Název | Kód |
|---|---|---|
| | Písek | 0314 |

**SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVIŠTI (seznam č.1)**

| s. 1 | Rodné číslo (bez lomítka) | Příjmení | Jméno | Titul | Kat. prac | Typ prac | Datum od | Datum do | Kapacita | Fun. lic.1 | Fun. lic.2 | Fun. lic.3 | Fun. lic.4 | Fun. lic.5 | Fun. lic.6 | Fun. lic.7 | Fun. lic.8 | Fun. lic.9 | Fun. li.10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [redacted] | | | | | S2 | O | 1.5.2018 | 31.12.3000 | 6,00 | | | | | | | | | | |
| | | | | | S2 | O | 1.6.2021 | 31.12.3000 | 6,00 | | | | | | | | | | |

**SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – základní soubor výkonů (seznam č. 2a)**

| s. 2a | Kód výkonu | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|---|---|---|---|---|
| | 09115 | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09215 | INJEKCE I. M., S. C., I. D. | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09216 | INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09217 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09219 | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09223 | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09233 | INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09237 | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKCÍ DO 10 CM^2 | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09239 | SUTURA RÁNY A PODKOŽÍ DO 5 CM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09511 | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09513 | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09532 | VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09543 | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 09550 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) | 1.5.2023 | 31.12.3000 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 1 | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0 | 9 | 5 | 5 | 5 | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 7 | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0 | 9 | 5 | 6 | 9 | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0 | 9 | 5 | 7 | 2 | VÍCEČETNÝ ZÁKROK | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0 | 9 | 6 | 1 | 5 | (VZP) SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ U DĚTÍ VE VĚKU OD 6 DO 18 LET | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 5 | 1 | 8 | 1 | 1 | INCIZE A DRENÁŽ ABSCESU NEBO HEMATOMU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ OTORINOLARYNGOLOGEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ OTORINOLARYNGOLOGEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ OTORINOLARYNGOLOGEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 1 | 2 | 5 | VYŠETŘENÍ SPONTÁNNÍHO VESTIBULÁRNÍHO NYSTAGMU A VESTIBULOSPINÁLNÍCH JEVŮ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 1 | 2 | 9 | VYŠETŘENÍ SLUCHU ŘEČÍ A LADIČKAMI | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 1 | 3 | 3 | OTOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ POMOCÍ OPTIKY - OBOUSTRANNÝ VÝKON | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 3 | 1 | 3 | NEPŘÍMÁ LARYNGOSKOPIE ZVĚTŠOVACÍ ENDOSKOPICKOU OPTIKOU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 3 | 1 | 7 | NASOEPIFARYNGOSKOPIE RIGIDNÍ OPTIKOU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 5 | 1 | 1 | VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 5 | 2 | 3 | INCIZE A DRENÁŽ BOLTCE PRO PERICHONDRITIDU NEBO HEMATOM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 5 | 3 | 3 | PARACENTÉZA BUBÍNKU EVENTUÁLNĚ S ASPIRACÍ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 5 | 6 | 3 | KATETRIZACE EUSTACHOVY TUBY JEDNOSTRANNÁ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 5 | 6 | 5 | POLITZERACE | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 5 | 8 | 0 | VYČIŠTĚNÍ TREPANAČNÍ DUTINY | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 1 | 1 | VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU - JEDNODUCHÉ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 1 | 3 | INTRAMUKÓZNÍ INJEKCE DO NOSNÍ SLIZNICE JAKO SAMOSTATNÝ VÝKON | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 1 | 4 | ANEMIZACE S ODSÁVÁNÍM Z VEDLEJŠÍCH NOSNÍCH DUTIN | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 2 | 5 | PŘEDNÍ TAMPONÁDA NOSNÍ PROVEDENÁ OTORINOLARYNGOLOGEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 2 | 7 | ZADNÍ TAMPONÁDA NOSNÍ PRO EPISTAXI | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 2 | 9 | ODSTRANĚNÍ ZADNÍ NOSNÍ TAMPONÁDY | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 3 | 3 | DRENÁŽ HEMATOMU NEBO ABSCESU NOSNÍHO SEPTA | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 4 | 9 | RESEKCE SPINY NEBO KRISTY NOSNÍ PŘEPÁŽKY | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 5 | 3 | ZAVŘENÁ REPOZICE FRAKTURY KŮSTEK NOSNÍCH | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 6 | 6 | 3 | PUNKCE ČELISTNÍ DUTINY A VÝPLACH JEDNOSTRANNĚ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 7 | 1 | 3 | NEPŘÍMÁ LARYNGOSKOPIE S ODSTRANĚNÍM LÉZE NEBO CIZÍHO TĚLESA HYPOFARYNGU NEBO LARYNGU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 7 | 1 | 9 | VÝMĚNA TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 7 | 8 | 7 | INCIZE, DRENÁŽ PERITONZILÁRNÍHO EVENTUÁLNĚ FARYNGEÁLNÍHO ABSCESU NEBO HEMATOMU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 7 | 8 | 9 | DILATACE PO INCIZI PERITONZILÁRNÍHO ABSCESU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 3 | 0 | 1 | 9 | VYŠETŘENÍ IMPEDANCE STŘEDOUŠNÍ A STŘEDOUŠNÍCH REFLEXŮ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 4 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE DĚTSKÝM OTORINOLARYNGOLOGEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 4 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE DĚTSKÝM OTORINOLARYNGOLOGEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 4 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE DĚTSKÝM OTORINOLARYNGOLOGEM | 1.5.2023 | 31.12.3000 |

**SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – další výkony (seznam č. 2b)**

| s.2b | Kód výkonu | | | | | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 3 | 0 | 6 | (VZP) PRŮKAZ ANTIGENU SARS-COV-2 - DIAGNOSTIKA U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 0 | 3 | 1 | SIGNÁLNÍ VÝKON LATERALITY KE SCREENINGU A RESCREENINGU SLUCHU - UCHO PRAVÉ, NEGATIVNÍ SCREENING, SLUCH V NORMĚ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 0 | 3 | 2 | SIGNÁLNÍ VÝKON LATERALITY KE SCREENINGU A RESCREENINGU SLUCHU - UCHO PRAVÉ, POZITIVNÍ SCREENING, PORUCHA SLUCHU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 0 | 3 | 3 | SIGNÁLNÍ VÝKON LATERALITY KE SCREENINGU A RESCREENINGU SLUCHU - UCHO LEVÉ, NEGATIVNÍ SCREENING, SLUCH V NORMĚ | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 0 | 3 | 4 | SIGNÁLNÍ VÝKON LATERALITY KE SCREENINGU A RESCREENINGU SLUCHU - UCHO LEVÉ, POZITIVNÍ SCREENING, PORUCHA SLUCHU | 1.5.2023 | 31.12.3000 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | TÓNOVÁ AUDIOMETRIE | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 1 | 1 | 1 | 2 | AUDIOMETRICKÝ SCREENING SLUCHU DÍTĚTE VE VĚKU 5 LET | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 7 | 3 | 0 | 2 | 7 | VÝPOČET ZTRÁT SLUCHU V PROCENTECH DLE FOWLERA | 1.5.2023 | 31.12.3000 |

**SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 3)**

| s. 3 | Kód ZTV | Název dle ZP | Souhrnný název pro skupinu | Výrobní číslo | Počet přístr. | Výrobce | Název od ZZ | Datum od | Datum do |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0000000054 | Audiometr klinický cena 260 000,- | | 0933225 | 1 | Interacoustics A/S | Diagnostický audiometr | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0000000178 | Endoskop prům 2,7 mm s příslušenstvím | | 000779 | 1 | OST 7207 AA | Hopkins Optika | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0000000183 | Epifaryngoskop rigidní s optikou | Epifaryngoskop | 000779 | 1 | OST 7207 AA | Hopkins Optika | 1.5.2023 | 31.12.3000 |
| | 0000000670 | Tympanometr klinický | | 37533 | 1 | Amplivox Ltd. | Tympanometr Otowave 102 | 1.5.2023 | 31.12.3000 |

**SEZNAM SPECIÁLNÍHO VYBAVENÍ PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 4)**

| s. 4 | Název vybavení | Počet kusů | Datum od | Datum do |
|---|---|---|---|---|
| | Lupenlaryngoskop, výr.č. 5000104303, výrobce Hospimed | 1 | 1.4.2023 | 31.12.3000 |
| | Audiometrická kabina IAC serie 250 Mini, výr.č. 6355, výrobce IAC Limited | 1 | 1.4.2023 | 31.12.3000 |

**SEZNAM SMLUVNÍCH SPECIFICKÝCH POLOŽEK (seznam č. 7)**

| s. 7 | Skupina | Kód | Název | Smluvní cena | Datum od | Datum do |
|---|---|---|---|---|---|---|

**SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

**JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM**

**DALŠÍ UJEDNÁNÍ**

Poskytovatel odpovídá za provádění pravidelných periodických prohlídek a revizí přístrojového vybavení a na požádání je povinen předložit pověřenému zaměstnanci VZP revizní zprávu, kterou je zařízení uznáno schopným trvalého užívání nebo používání a bezpečného provozu a je v souladu s platnými technickými normami dle příslušných právních předpisů.

Tato Příloha č. 2 s účinností od 1. 5. 2023 nahrazuje Přílohu č. 2 s účinností od 1. 4. 2023.

Elektronický podpis za Zdravotnické zařízení

Elektronický podpis za Pojišťovnu