

IČO

0	0	1	7	9	9	0	6
6	1	0	0	7	0	0	0
2	4	6	1	S	0	0	7

IČZ smluvního ZZ

Číslo smlouvy

Název IČO Fakultní nemocnice Hradec Králové


**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-02 / 9.10.10 / 4_12
SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne	1.1.2025
Číslo složky	
Číslo dodatku	
Datum uplatnění od	1.1.2026
Datum uplatnění do	31.12.2029

Typ S

AMBULANTNÍ STOMATOLOGICKÉ PRACOVIŠTĚ
ORDINACE ZUBNÍHO LÉKAŘE

Informace, které se ZZ zavazuje poskytnout při podpisu Smlouvy a dále dle Smlouvy aktualizovat

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVIŠTĚ (IČP)

6	1	0	0	7	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---

NÁZEV ORDINACE

STOM pohotovost

VARIABILNÍ SYMBOL

4	9	4	1		
---	---	---	---	--	--

(jen je-li přidělen v SZZ)
ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ PRACOVIŠTĚ

Město / Obec	Ulice	Č. orientační	Č. popisné	PSC	Poř.
Hradec Králové	Sokolská		581	500 05	1

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVIŠTĚ

0	1	9
---	---	---

ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE

(včetně návštěvní služby praktických lékařů)

Počet dnů poskytování péče v týdnu

7

Počet hodin poskytování péče v týdnu

		4	7
--	--	---	---

(zaokrouhleno na celé hodiny)
ROZVRH ORDINAČNÍCH HODIN DLE MÍSTA PROVOZOVÁNÍ (hh:mm)

	od	do	od	do	Pořadí	1
					místo provozování	
Pondělí	16:00	21:30			Sokolská 581, Hradec Králové	
Úterý	16:00	21:30			Sokolská 581, Hradec Králové	
Středa	16:00	21:30			Sokolská 581, Hradec Králové	
Čtvrtek	16:00	21:30			Sokolská 581, Hradec Králové	
Pátek	16:00	21:30			Sokolská 581, Hradec Králové	
Sobota	08:00	17:30			Sokolská 581, Hradec Králové	
Neděle	08:00	17:30			Sokolská 581, Hradec Králové	

ZUBNÍ LÉKAŘ ZODPOVĚDNÝ ZA PÉČI POSKYTOVANOU PRACOVIŠTĚMPříjmení, jméno, titul Rodné číslo bez lomítka

Kategorie pracovníka	Typ pracovníka	Datum od	Datum do	Kapacita pracovníka
LZ3	X	1.7.2022	31.12.2029	0,00

KVALIFIKACE VEDOUcíHO PRACOVIŠTĚOsvědčení č.j. o absolvování odborné praxe pro získání způsobilosti k samostatnému výkonu povolání zubního lékaře Datum vydání: Licence ČSK k výkonu soukromé praxe v oboru Licence č.j. Datum vydání: Doklad o nástavbové atestaci v oboru Doklad o nástavbové atestaci v oboru – rok vydání Doklad o absolvování magisterského studijního programu zubní lékařství nebo stomatologie – rok vydání Diplom MZ ČR dle přílohy k zák. č. 95/2004 Sb. o specializaci v oboru Diplom MZ ČR dle přílohy k zák. č. 95/2004 Sb. o specializaci v oboru – rok vydání **DALŠÍ DOLOŽENÁ KVALIFIKACE**Osvědčení odbornosti praktický zubní lékař – č.j. Datum nasmlouvání: Datum do: Osvědčení odbornosti praktický zubní lékař parodontolog – č.j. Datum nasmlouvání: Datum do: Osvědčení odbornosti praktický zubní lékař stomatochirurg – č.j. Datum nasmlouvání: Datum do: Osvědčení odbornosti praktický zubní lékař pedostomatolog – č.j. Datum nasmlouvání: Datum do: **OBOR ČINNOSTI PRACOVIŠTĚ**

Kód činnosti	Název činnosti
P Z B	praktický zubní lékař - s bonifikací

INDIVIDUÁLNÍ NASMLOUVÁNÍ VÝKONŮ Ano NeSPECIALIZOVANÉ PRACOVIŠTĚ Ano Ne

SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM

DALŠÍ UJEDNÁNÍ

Tento formulář je platný a účinný od 1.1.2026.

Personální zabezpečení poskytované zdravotní péče:
Zajištěno personálem na dohody konané mimo pracovní poměr (DPP a DPČ).

Telefonní kontakt: 495 832 101