

CHECKLIST

Požadované doklady k žiadosti o zaradenie do výberového konania na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých alebo pre deti a dorast (!PRE PRÁVNICKÚ OSOBU!)

§ 12 Podmienky na vydanie povolenia	
<input type="checkbox"/>	licencia na výkon odborného zástupcu (<i>odborný zástupca je FO, ktorá osobne zodpovedá za odborné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení. Odborný zástupca musí byť v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom vzťahu s poskytovateľom.</i>) – vydaná Slovenskou lekárskou komorou
<input type="checkbox"/>	preukázanie užívacieho práva k priestorom , kde sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať – <i>výpis z katastra, alebo ak žiadateľ nie je vlastníkom priestorov – preukazuje zmluvu o nájme priestorov, zmluvu o podnájme priestorov, zmluvu o výpožičke priestorov</i>
<input type="checkbox"/>	priestory, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať spĺňajú požiadavky z hľadiska ochrany zdravia – rozhodnutie príslušného RÚVZ
<input type="checkbox"/>	preukázanie dôveryhodnosti – Čestné vyhlásenie, že žiadateľ v období 2 rokov pred podaním žiadosti o vydanie povolenia nemal zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c) a d)
<input type="checkbox"/>	preukázanie bezúhonnosti – preukazuje sa <i>Výpisom z registra trestov pre právnickú osobu</i> (nie na konateľov!)
§ 13 Žiadosť o vydanie povolenia	
<input type="checkbox"/>	obchodné meno, sídlo, právnu formu, identifikačné číslo, ak už bolo pridelené, meno, priezvisko a miesto trvalého pobytu osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom,
<input type="checkbox"/>	meno, priezvisko, dátum narodenia, údaj o štátnom občianstve, registračné číslo a označenie komory odborného zástupcu, ak nejde o žiadateľa o povolenie na prevádzkovanie mobilného odberového miesta,
<input type="checkbox"/>	miesto trvalého pobytu odborného zástupcu; ak je miesto trvalého pobytu mimo územia Slovenskej republiky, aj miesto prechodného pobytu na území Slovenskej republiky,
<input type="checkbox"/>	druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie,
<input type="checkbox"/>	miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia,
Ďalšie doklady	
<input type="checkbox"/>	doklad o: a) minimálnom materiálno-technickom vybavení ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby (<i>t.j. faktúry, bločky, zmluvy o prenájme, zmluvu o budúcej zmluve a pod. – POZOR TREBA KONTROLOVAŤ PODĽA MTZ APS</i>), pričom žiadateľ preukazuje vlastnícke právo alebo iné užívacie právo k materiálno-technickému vybaveniu ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby dokladmi v origináli alebo v úradne osvedčenej kópii
	ALEBO
<input type="checkbox"/>	b) vinkulácii peňažných prostriedkov v banke alebo pobočke zahraničnej banky vo výške najmenej 10 000 eur zodpovedajúcej požiadavkám na základné vecné vybavenie a prístrojové vybavenie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby (<i>VINKULÁCIA JE POTREBNÁ DO KONCA AUGUSTA 2024!</i>), ak žiadateľ nepreukáže MTZ dokladmi
<input type="checkbox"/>	doklad o personálnom zabezpečení prevádzkovania ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, ktorý sa môže preukázať 3 spôsobmi: a) pracovnou zmluvou v origináli alebo v úradne osvedčenej kópii a dokladom zamestnanca o získanom vzdelaní v origináli alebo v úradne osvedčenej kópii,
	ALEBO

	b) čestným vyhlásením, že žiadateľ zabezpečí personálne obsadenie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby zamestnancami s požadovaným vzdelaním v pracovnom pomere,
	ALEBO
	c) čestným vyhlásením budúceho zamestnanca, že v prípade úspešnosti žiadateľa bude v pracovnom pomere vykonávať zdravotnícke povolanie u žiadateľa a dokladom budúceho zamestnanca o získanom vzdelaní v origináli alebo v úradne osvedčenej kópii.
<input type="checkbox"/>	doklad o zostatku na účte žiadateľa vedeného v banke alebo pobočke zahraničnej banky, ktorým je schopný pokryť náklady na personálne zabezpečenie na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby najmenej na dva mesiace- <i>predkladá sa výpisom z účtu žiadateľa!</i>
<input type="checkbox"/>	projekt prevádzkovania ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, ktorý obsahuje:
	(1) spôsob a postup rozvoja ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby na obdobie šiestich rokov
	(2) uvedenie dlhodobých a komplexných cieľov
	(3) popis poskytovania zdravotnej starostlivosti
	(4) ekonomický projekt, súčasťou ktorého je u žiadateľa, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, aj rozbor hospodárenia za predchádzajúci kalendárny rok
	(5) uvedenie časovej dostupnosti od najbližšieho poskytovateľa ústavnej pohotovostnej služby
	(6) popis systému vnútornej kontroly a kontrolných opatrení na zaistenie kvality pri poskytovaní ambulantnej pohotovostnej služby
	(7) definovanie spôsobu zabezpečenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov
<input type="checkbox"/>	Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby spolu s prílohami žadateľ predloží zviazanú a zošitú šnúrou ; voľné konce šnúry sa prekryjú nálepkou, ktorú žiadateľ opatrí podpisom a dátumom zviazania.