

**Zmluva**  
**o poskytovaní odborných služieb č. 200/01/2014**  
uzavretá medzi

**Objednávateľ:**

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou  
Sídlo: Želova 2, 829 24 Bratislava 25(ďalej len „úrad“)  
IČO: 30 796 482  
DIČ: 2021904456  
Zástupca: JUDr. Ivana Stancelová, riaditeľka pobočky na základe poverenia zo dňa 01.11.2012  
Bankové spojenie: Štátna pokladnica  
Číslo účtu: 7000198055/8180  
Úrad bol zriadený na základe zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „objednávateľ“)

a

**Poskytovateľ (právnická osoba):**

Obchodné meno: BEAMEDIC s.r.o.  
Sídlo/miesto podnikania: 919 01 Suchá nad Parnou 66  
IČO: 47 251 719  
DIČ: 2023951446  
Zastúpený: MUDr. Beata Janíková  
Bankové spojenie: UniCredit Bank Slovakia, a.s.  
Číslo účtu / kód banky: 1237173000/1111  
Zapísaný v: Obchodný register OS Trnava, oddiel Sro, vl. č. 33185/T  
(ďalej len „poskytovateľ“)

Zmluvné strany uzatvárajú v zmysle ustanovenia § 269 ods. 2 zákona č. 513/1991 Zb. Obchodného zákonníka v znení neskorších predpisov (ďalej len „Obchodný zákonník“) zmluvu o poskytovaní odborných služieb (ďalej len „zmluva“) za týchto vzájomne dohodnutých podmienok.

**Článok I**  
**Účel zmluvy**

Účelom zmluvy je odborne zabezpečiť činnosť objednávateľa pri vykonávaní prehliadok mŕtvych.

**Článok II**  
**Predmet zmluvy**

1. Predmetom zmluvy je záväzok poskytovateľa zabezpečiť vykonanie prehliadky mŕtveho lekárom, ktorý má udelené písomné poverenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 42 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej

starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“), za podmienok uvedených v zmluve.

2. Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť vykonávanie činnosti podľa bodu 1 tohto článku zmluvy v súlade s metodickým usmernením predsedu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou k vykonávaniu prehliadky mŕtveho a k vykonaniu pitvy (viď: [www.udzs-sk.sk](http://www.udzs-sk.sk)).

### **Článok III**

#### **Práva a povinnosti poskytovateľa**

1. Pri vykonávaní činnosti podľa čl. II bod 1 zmluvy je poskytovateľ povinný zabezpečiť, aby lekár vykonávajúci prehliadku mŕtveho postupoval s odbornou starostlivosťou a za týmto účelom používal primerané prostriedky, potrebné a obvyklé na vykonanie tejto činnosti.
2. Poskytovateľ zabezpečuje vykonávanie činnosti podľa čl. II. bod 1 zmluvy prostredníctvom osôb, ktoré sú s poskytovateľom v pracovnom pomere, s ktorými má poskytovateľ uzavreté dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru, resp. iné dohody a zmluvy podľa platných všeobecne záväzných právnych predpisov.
3. Poskytovateľ má právo na úhradu za vykonanú činnosť vo výške dojednanej v zmluve.

### **Článok IV**

#### **Úhrada poskytovaných služieb**

1. Objednávateľ sa zaväzuje zaplatiť poskytovateľovi úhradu vo výške 9,80 € (slovom deväť € a osemdesiat centov) za každú vykonanú prehliadku mŕtveho tela a príplatok 3,20 € (slovom tri € a dvadsať centov) za výkon prehliadky mŕtveho mimo zdravotníckeho zariadenia.
2. V prípade, že dopravu lekára na prehliadku mŕtveho zabezpečí iná dopravná zdravotná služba alebo iný poskytovateľ, ktorý má s úradom uzavretú zmluvu o doprave lekárov na vykonávanie prehliadok, poskytovateľ podľa tejto zmluvy má nárok len na zaplatenie úhrady podľa odseku 1 tohto článku.
3. V prípade, že prehliadajúci lekár uskutoční dopravu na prehliadku mŕtveho vlastným motorovým vozidlom, má nárok na paušálnu úhradu, a to za každú vykonanú dopravu na prehliadku mŕtveho tela a späť vo výške :
  - 3,30 € pri prepravnej vzdialenosti do 25 km,
  - 6,60 € pri prepravnej vzdialenosti od 26 do 50 km,
  - 9,90 € pri prepravnej vzdialenosti od 51 km do 75 km,
  - 13,20 € pri prepravnej vzdialenosti od 76 km do 100 km,
  - 16,50 € pri prepravnej vzdialenosti od 101 km do 125 km,
  - 19,80 € pri prepravnej vzdialenosti od 126 km do 150 km,
  - 20,00 € pri prepravnej vzdialenosti nad 150 km.
4. Poskytovateľ bude fakturovať výšku úhrady štvrťročne, vždy k poslednému dňu kalendárneho štvrťroka, za ktorý úhrada prináleží. Pri fakturácii nad 300 € mesačne môže poskytovateľ fakturovať výšku úhrady mesačne, vždy k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý úhrada prináleží. Prílohou faktúry je :
  - a) správa o prehliadke mŕtveho k prehliadke mŕtveho vykonanej mimo zdravotníckeho zariadenia (vzor prílohy je uvedený v prílohe č. 2 zmluvy) alebo list o prehliadke mŕtveho k prehliadke mŕtveho vykonanej v zdravotníckom zariadení,
  - b) vyhlásenie o spôsobe dopravy lekára na prehliadku mŕtveho, ktorého vzor je prílohou zmluvy.

5. Splatnosť faktúry je 30 dní od doručenia faktúry príslušnej pobočke objednávateľa.
6. V prípade, ak doručená faktúra nebude obsahovať všetky potrebné náležitosti, objednávateľ je oprávnený vrátiť faktúru poskytovateľovi na jej opravu alebo doplnenie. V tomto prípade začína plynúť nová lehota splatnosti faktúry po jej opätovnom doručení príslušnej pobočke objednávateľa.

## **Článok V**

### **Osobitné dojednanie**

Úhradu za prehliadky mŕtvych vykonané poskytovateľom na základe poverenia zaplatí objednávateľ vo výške a spôsobom dojednanými v zmluve od dátumu jej uzavretia.

## **Článok VI**

### **Záverečné ustanovenia**

1. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú a nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť deň nasledujúci po jej zverejnení v Centrálnom registri zmlúv.
2. Zmluva zaniká:
  - a) písomnou dohodou zmluvných strán,
  - b) písomnou výpoveďou ktorejkoľvek zmluvnej strany aj bez udania dôvodu; výpovedná doba je 1 mesiac a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola písomná výpoveď doručená druhej zmluvnej strane,
  - c) zrušením povolenia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na základe rozhodnutia príslušného orgánu.
3. Právne vzťahy neupravené touto zmluvou sa riadia príslušnými ustanoveniami Obchodného zákonníka.
4. Meniť alebo dopĺňať ustanovenia zmluvy je možné iba formou očíslovaných dodatkov v písomnej forme, podpísaných obidvomi zmluvnými stranami.
5. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých jedno vyhotovenie obdrží poskytovateľ a jedno vyhotovenie obdrží objednávateľ.
6. Neoddeliteľnou súčasťou zmluvy sú tieto prílohy:  
príloha č. 1 – vzor vyhlásenia poskytovateľa o spôsobe dopravy lekára na prehliadku mŕtveho,  
príloha č. 2 – povolenie poskytovateľa na prevádzku zdravotníckeho zariadenia/zriaďovacia listina poskytovateľa,  
príloha č. 3 - správa o prehliadke mŕtveho.

V ..... dňa .....

V ..... dňa .....

Za objednávateľa:

Za poskytovateľa:

.....  
JUDr. Ivana Stancelová  
riaditeľka

.....  
MUDr. Beáta Janíková  
konateľka

## Vyhlasenie poskytovateľa o spôsobe dopravy lekára k prehliadke mŕtveho

Poskytovateľ zabezpečujúci vykonanie prehliadky mŕtveho

Obchodné meno:

Sídlo:

IČO:

DIČ:

[illegible]

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpis a pečiatka poskytovateľa



## Rozhodnutie

Trnavský samosprávny kraj ako vecne a miestne príslušný orgán vykonávajúci pôsobnosť §11 ods. 2 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti“) a v zmysle §47 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) po zistení skutkového a právneho stavu rozhodol

t a k t o:

žiadosti **BEAMEDIC s.r.o.**

zastúpenej štatutárnym orgánom:

MUDr. Beata Janíková, nar. , bytom Javorová 5717/28, 917 05 Trnava – Modranka,  
Ing. Pavol Janík, nar. , bytom Javorová 5717/28, 917 05 Trnava – Modranka,  
so sídlom spoločnosti: 919 01 Suchá nad Parnou 66,  
(ďalej aj ako „žiadateľ“)

o **vydanie povolenia** na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia sa v súlade s §15 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti **vy h o v u j e**, pretože žiadateľ splnil podmienky ustanovené v §12 a §13 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a žiadateľovi sa **povoľuje** v súlade s §7 ods. 3 písm. a) bod 1 prevádzkovať zdravotnícke zariadenie ambulantnej zdravotnej starostlivosti –

- **všeobecnú ambulanciu pre dospelých**

Odborným zástupcom je MUDr. Beata Janíková, nar. , bytom Javorová 5717/28, 917 05 Trnava – Modranka, občianka Slovenskej republiky, v povolani leká r v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo.

Miestom prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia je:

- **Obvodné zdravotné stredisko 919 01 Suchá nad Parnou 66.**

Činnosť prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia začína dňom **1. januára 2014.**

Žiadateľ je povinný prevádzkovať zdravotnícke zariadenie v súlade so zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ako i za podmienok ustanovených v prílohe, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou tohto rozhodnutia.

#### **Odôvodnenie:**

Trnavskému samosprávnemu kraju bola dňa 01.10.2013 doručená žiadosť spoločnosti BEAMEDIC s.r.o., zastúpená štatutárnym orgánom: MUDr. Beata Janíková, nar. , bytom Javorová 5717/28, 917 05 Trnava – Modranka a Ing. Pavol Janík, nar. , bytom Javorová 5717/28, 917 05 Trnava – Modranka so sídlom spoločnosti: 919 01 Suchá nad Parnou 66, ktorou žiadateľ požiadal o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia všeobecnej ambulancie pre dospelých s miestom prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia ObZS 919 01 Suchá nad Parnou.

Podľa §11 ods.2 písm. a) zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti samosprávny kraj v rámci preneseného výkonu štátnej správy vydáva povolenie na prevádzkovanie ambulancie okrem ambulancie podľa odseku 1 písm. a).

Žiadateľ v zmysle §12 a §13 citovaného zákona k žiadosti o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia doložil nasledovné doklady: čestné vyhlásenie; spoločenskú zmluvu o založení obchodnej spoločnosti, s.r.o. zo dňa 14.03.2013; rozhodnutie Regionálneho úradu verejného zdravotníctva so sídlom v Trnave RÚVZ/2013/02857/OE-And zo dňa 31.07.2013, ktoré nadobudlo právoplatnosť dňa 01.08.2013 o uvedení priestorov zdravotníckeho zariadenia do prevádzky; zmluvu o uzavretí budúcej zmluvy o nájme zo dňa 14.03.2013; ordinačné hodiny schválené Trnavským samosprávnym krajom a licenciou na výkon činnosti odborného zástupcu v povolani lekárov v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo vydanú MUDr. Beate Janíkovej Slovenskou lekárskou komorou zo dňa 14.03.2006 pod číslom: LIC/TT/0619/06 s vyznačenou právoplatnosťou dňa 23.03.2006.

Po preskúmaní žiadosti bolo zistené, že žiadateľ splnil všetky podmienky pre vydanie povolenia uvedené v §12 v nadväznosti na §13 a §15 zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a preto správny orgán rozhodol tak, ako je to uvedené vo výrokovej časti tohto rozhodnutia.

**Poučenie :**

Proti tomuto rozhodnutiu je možné v zmysle §54 ods. 1 a 2 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní podať odvolanie do 15 dní odo dňa doručenia cestou Trnavského samosprávneho kraja na Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Toto rozhodnutie je po nadobudnutí právoplatnosti preskúmateľné súdom.

Tibor Mikuš  
predseda



**Rozhodnutie dostane:**

BEAMEDIC s.r.o., 919 01 Suchá nad Parnou 66

Toto rozhodnutie nadobudlo  
právoplatnosť

dňa: 4.11. 2013

V Trnave dňa: 4.11. 2013

Podpis .....

**Na vedomie:**

obec

zdravotné poisťovne

Regionálna lekárska komora Trnava

MZ SR

Daňový úrad

Štatistický úrad SR

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Národné centrum zdravotníckych informácií

Správny poplatok zaplatený v hotovosti  
do pokladne v sume 500 /  
dňa: 4.11.2013 podpis .....

## Podmienky k prevádzkovaniu zdravotníckeho zariadenia- BEAMEDIC s.r.o.

Príloha k rozhodnutiu č. TA/00777/2013/OZaHF-006  
zo dňa: 24.10.2013

Samosprávny kraj v súlade so zákonom č. 578/ 2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov určuje podmienky, na základe ktorých poskytovateľ:

1. Viditeľne označí druh ZZ, jeho odborné zameranie, obchodné meno a meno a priezvisko držiteľa povolenia, u právnickej osoby aj meno a priezvisko odborného zástupcu; označenie musí byť v štátnom jazyku. Ak ide o ZZ, v ktorom sa poskytuje ambulantná ZS, umiestni na viditeľnom mieste aj schválené ordinačné hodiny VÚC.
2. Prevádzkuje ZZ v súlade s požiadavkami na jeho materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie - zamestná v pracovnom pomere zdravotníckych pracovníkov s príslušnou odbornou spôsobilosťou pre výkon určený v rozsahu poskytovanej ZS; spolu s nimi je povinný zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel v súvislosti s výkonom svojho povolania.
3. Uzatvorí s poisťovňou zmluvu o poistení za škodu spôsobenú osobám v súvislosti s poskytovaním ZS odo dňa jej poskytovania na základe tohto povolenia; poistenie musí trvať po celý čas, počas ktorého je poskytovateľ oprávnený poskytovať ZS.
4. Ak uzatvorí zmluvu so zdravotnými poisťovňami (ZP) vykonávajúcimi verejné zdravotné poistenie osôb; umiestni na viditeľnom mieste zoznam ZP, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní ZS. Ak poskytuje ZS bez zmluvy so ZP, takisto túto skutočnosť umiestni na viditeľnom mieste.
5. Vopred informuje osobu, jej zákonného zástupcu alebo osobu blízku o rozsahu a podmienkach ním poskytovanej ZS a o tom, či má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní ZS so ZP, v ktorej je táto osoba verejne poistená.
6. Umiestni na viditeľnom mieste cenník zdravotných výkonov uskutočňovaných na žiadosť osoby a výšky úhrad za služby súvisiace s poskytovaním ZS s okruhom oslobodených osôb; o výške úhrady, ktorú uhrádza osoba za poskytnutú ZS alebo službu súvisiacu s poskytovaním ZS, je povinný vydať doklad.
7. Vedie a uchováva zdravotnú dokumentáciu, ako aj spracúva, poskytuje a sprístupňuje údaje v nej v zmysle ustanovení zákona č. 576/ 2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
8. Je povinný bezodkladne písomne informovať osobu s odstúpením od dohody o poskytovaní ZS a o dôvodoch odstúpenia od tejto dohody.
9. Je povinný poskytovať Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky a iným oprávneným orgánom bezodkladne, úplne a pravdivo všetky požadované údaje.
10. Zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste bezodkladne uviesť poskytovateľa, ktorý vykonáva zastupovanie a túto skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju, uvedené sa nevzťahuje na poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti.





11. Poskytne bez zbytočného odkladu každej osobe neodkladnú ZS a na pokyn operačného strediska záchrannej zdravotnej služby (ZZS) poskytne súčinnosť poskytovateľovi ZZS. Každý zdravotnícky pracovník je okrem toho povinný poskytovať bez meškania prvú pomoc každej osobe, ak by bez takejto pomoci bol ohrozený jej život alebo bolo ohrozené jej zdravie, a ak je to nevyhnutné, zabezpečiť podľa potreby ďalšiu odbornú zdravotnú starostlivosť
12. Je povinný v rozsahu ustanovenom zákonom zúčastňovať sa na príprave, poskytnúť vecné plnenie a osobné úkony po vzniku mimoriadnych udalostí a počas krízových situácií.
13. Je povinný povoliť vstup do zdravotníckeho zariadenia orgánu príslušnému na výkon dozoru alebo na výkon dohľadu a revíziym lekárom ZP.
14. **Oznámi samosprávnemu kraju, začiatok prevádzkovania ZZ a to formou uzatvorenia zmluvy s niektorou ZP alebo bez uzatvorenia zmluvy; a takisto do 15 dní mu oznámi všetky zmeny, ktoré sa týkajú údajov uvedených v povolení.**
15. Poskytovať lekársku službu prvej pomoci podľa rozpisu určeného samosprávnym krajom, ak ide o poskytovateľa, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pediatria a poskytovateľa, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť v odbore zubné lekárstvo.
16. Uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s príslušnou zdravotnou poisťovňou, ak ide o poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti najmenej s jedným poistencom zdravotnej poisťovne a poskytuje zdravotnú starostlivosť plne uhrádzanú alebo čiastočne uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia.
17. Bezodkladne písomne informovať o schválení a potvrdení ordinačných hodín úrad pre dohľad a zdravotnú poisťovňu s ktorou má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak ide o zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť
18. Umiestniť na viditeľnom mieste ordinačné hodiny schválené a potvrdené samosprávnym krajom, ak ide o zdravotnícke zariadenie v ktorom sa poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť a schválené ordinačné hodiny aj dodržiavať.



**Správa o prehliadke mŕtveho****Meno a priezvisko:** ..... **Rodné číslo:** .....**Bydlisko:** .....**Anamnéza a okolnosti smrti:** ..........  
.....  
.....**Polícia**

Prítomná – neprítomná      útvar: .....

meno: ..... kontakt: .....

**Popis miesta nálezu mŕtvolu** (byt – typ vykurovania, ulica, poloha tela, stopy krvi):.....  
.....  
.....**Predmety nájdené pri mŕtvoľe** (lieky, fľaše s neznámym obsahom, zbrane, škrtidlo):.....  
.....

odoslané na pitvu: áno – nie      odovzdané (komu) .....

**Popis šatstva, obsah vreciek** (poškodenie, odtlačky):.....  
.....

cennosti: ..... odovzdané (komu) .....

**Posmrtné škvrny**

prítomné – neprítomné      farba: ..... lokalizácia: .....

vzhľad:      ostrovčekovité – začínajú splývať – difúzne splývajú

vytlačiteľnosť: ľahko – ťažšie – veľmi ťažko – nevytlačiteľné

**Posmrtná stuhnutosť**

prítomná – neprítomná      žuvacie svalstvo: slabo vyvinutá - plne vyvinutá - vymiznutá

horné končatiny: slabo vyvinutá - plne vyvinutá - vymiznutá

dolné končatiny: slabo vyvinutá - plne vyvinutá - vymiznutá

**Hnilobné zmeny**

prítomné – neprítomné      hlava – krk – hrudník – brucho – chrbát – HK – DK

zelené sfarbenie kože – vyznačená cievna kresba – pľuzgiere –

odlučovanie pokožky – výtok hnilobnej tekutiny z úst a nosa – uvoľňovanie vlasov, ochlpenia,

nechtov – prítomnosť vajíčok, lariev hmyzu – mumifikácia – zmydľovanie

**Známky zranenia**

prítomné – neprítomné      hlava – krk – hrudník – brucho – chrbát – HK – DK

stručný popis: .....

**Miesto a čas prehliadky:** .....**Príčina smrti:** .....**Kontakt na prehliadajúceho lekára:** .....“