

meno.....*02 Dg*.....
meno.....*Magalona A.*.....

nemocnica s poliklinikou
Nové Mesto nad Váhom
evidenčné číslo zmluvy

z. *166/2016*

ZMLUVA O SPOLUPRÁCI

o poskytovaní zdravotných vyšetrení v rámci pracovnej zdravotnej služby
v zmysle zákonov č. 124/2006 Z.z. a 309/2007 Z.z. o BOZP,
č. 355/2007 Z.z. a 132/2010 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, v zmysle Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR –
o náplni preventívnych prehliadok vo vzťahu k práci a
podľa § 269 ods. 2 Občianskeho zákonníka.

uzavretá medzi zmluvnými stranami :

Poskytovateľ :

NsP Nové Mesto nad Váhom n. o.

Sídlo : Štefánikova 1, 915 31 Nové Mesto nad Váhom
Zastúpená : MUDr. Šorf Miroslav, CSc. - riaditeľ
Miesto výkonu: Štefánikova 1, 915 31 Nové Mesto nad Váhom
IČO : 36119369
DIČ: 2021702254
Bankové spojenie: Tatra banka, a. s. pobočka Nové Mesto nad Váhom
Číslo účtu: 2621724756/1100

Rozhodnutím KÚ v Trenčíne, odbor všeobecnej vnútornej správy príslušný na konanie podľa §9 ods.2 zákona NR SR č. 213/1997 Z. z. o neziskových organizáciach poskytujúcich všeobecne prospešné služby v platnom znení v spojení s §46 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní

Kontakt: tel.: 032 / 7740 411 e-mail.: nspnm@nspnm.sk web: www.nspnm.sk

(ďalej len poskytovateľ)

a

Objednávateľ :

BIO-FIT, s.r.o.

Sídlo : ul. SNP 36, 914 51 Trenčianske Teplice
Miesto výkonu: Poliklinika JUH Trenčín, Halalovka 63, 911 08 Trenčín
Zastúpený : MUDr. Tibor Gušťařík - riaditeľ
IČO : 36307840
DIČ: 2020176477
IČ DPH: SK2020176477
Bankové spojenie : Slovenská sporiteľňa, pobočka Trenčín
Číslo účtu: 0273238364/0900
Obchodný register: Okresný sú v Trenčíne, Odd. Sro, vložka č. 11471/R
Oprávnenie na výkon PZS č. OPPL-5722/2006 – Oj vydané 21.09.2006 ÚVZ SR

(ďalej len objednávateľ)

I.

Úvodné ustanovenia

Poskytovateľ je držiteľom povolenia na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb na základe Rozhodnutia MZ SR zo dňa 02. októbra 2015 č. S07609-OP-2015 ako špecializovaná nemocnica v odbore vnútornej lekárskej starostlivosti s jednotkou intenzívnej starostlivosti (JIS) a ako Liečebňa v odbore fyziatria, balneológia, liečebná rehabilitácia. NsP Nové Mesto nad Váhom n. o. poskytuje aj komplexnú ambulantnú starostlivosť vo všeobecnej a špecializovanej časti a v spoločných vyšetreniach a liečebných zložkách.

Objednávateľ je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti POLIKLINIKY vydaného Trenčianskym samosprávnym krajom dňa 27.10.2015 pod číslom TSK/2015/07362/zdrav.-2.

Objednávateľ je držiteľom oprávnenia na vykonávanie pracovnej zdravotnej služby podľa zákona č. 124/2006 Z.z. vydaného dňa 21.9.2006 pod číslom OPPL-5722/2006 – Oj Úradom verejného zdravotníctva SR.

II. Predmet a účel zmluvy

- 1) Táto zmluva o spolupráci sa uzatvára za účelom poskytovania zdravotných výkonov na základe požiadavky – objednávky Objednávateľa pre určených klientov Objednávateľa.
- 2) Miesto výkonu dohodnutých zdravotných výkonov je Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom , Štefánikova 1, Nové Mesto nad Váhom

III. Práva a povinnosti zmluvných strán

- 1) Poskytovateľ sa zaväzuje, že zamestnancom zmluvnej firmy, s ktorou má Objednávateľ uzavretú Zmluvu o poskytovaní pracovnej zdravotnej služby vykoná požadované lekárske vyšetrenia.
- 2) Objednávateľ vyšpecifikuje potrebné vyšetrenia pre jednotlivých zamestnancov na základe auditu – kategorizácie pracovných činností a zašle požiadavky „Objednávka zdravotníckych výkonov pre zmluvnú firmu Objednávateľa“ /príloha č. 3./ v elektronickej forme prostredníctvom internetu z obchodne@bio-fit.sk poskytovateľovi.
- 3) Poskytovateľ bude vykonávať objednané lekárske vyšetrenia v mieste výkonu svojej ambulancie - Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom , Štefánikova 1, Nové Mesto nad Váhom
- 3) Poskytovateľ po vykonaní objednanej lekárskej prehliadke zašle Objednávateľovi vypracovanú záverečnú lekársku správu o zdravotnom stave klienta vo vzťahu k práci (vzor priložený ako Príloha č. 4) a ZDRAVOTNÝ DOTAZNIK vyplnený a podpísaný klientom a lekárom (vzor priložený ako Príloha č. 5), prípadne priloží výsledky ďalších odborných vyšetrení vo vzťahu k práci.
- 4) Objednávateľ na základe zaslaných lekárskej správy vypracuje záverečný posudok zdravotnej spôsobilosti na výkon práce pre zamestnávateľa s odtlačkom pečiatky BIO-FIT, s.r.o. – Pracovná zdravotná služba.
- 5) Objednávateľ sa zaväzuje za poskytnuté zdravotné výkony zaplatiť Poskytovateľovi dohodnutú cenu podľa tejto zmluvy.
- 6) Na základe požiadania Objednávateľa, Poskytovateľ zabezpečí oznámenie výsledku odborného vyšetrenia telefonicky alebo e-mailom, avšak len oprávneným osobám, ktoré písomne určí Objednávateľ (príloha č. 2).
- 7) Poskytovateľ sa zaväzuje spolupracovať so zdravotným oddelením a obchodno – marketingovou sekciou Objednávateľa pri koordinácii termínov vyšetrení a zabezpečení všetkých nevyhnutných činností súvisiacich s pracovnou zdravotnou službou.

IV. Cenové a platobné podmienky

- 1) Cenník dohodnutých zdravotných výkonov - ceny za poskytnuté služby sú uvedené v Prílohe č. 1, ktorá tvorí nedeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Cenové podmienky budú prejednávané jedenkrát v roku - pred koncom kalendárneho roka. Ak nedôjde k zmene, zostávajú platné dohodnuté cenové podmienky pre celý nasledujúci kalendárny rok.
- 2) Každá zmena ceny musí byť vykonaná formou písomného dodatku k tejto zmluve s platnosťou min. 1 kalendárny rok a musí byť podpísaná obidvoma zmluvnými stranami.
- 3) Poskytovateľ bude fakturovať Objednávateľovi jednotlivé realizované zdravotné výkony na základe objednávky vždy na konci mesiaca. Objednávku musí obsahovať meno zamestnanca, presné vyšpecifikovanie lekárskej prehliadky. K faktúre musí byť priložený odsúhlasený zoznam vyšetrených osôb v danom období s popisom zdravotných výkonov. Faktúra – daňový doklad bude so splatnosťou 30 dní odo dňa vystavenia.
- 4) Objednávateľ má právo kontrolovať vyfakturovanú sumu za vyšetrenia u vykázaných osôb ako aj preverovať spokojnosť klientov s vykonanými zdravotnými vyšetreniami.
- 5) Objednávateľ je povinný uhradiť faktúru v lehote splatnosti.

IV. Osobitné dojednanie

- 1) Objednávateľ aj Poskytovateľ sa zaväzujú zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri výkone svojej činnosti.

- 2) Objednávateľ aj Poskytovateľ sa dohodli, že obsah tejto zmluvy ako aj ďalšie informácie sú dôverné a nemôžu ich použiť na individuálne potreby.
- 3) Informácie súvisiace s vyhodnotením zamestnancov na spôsobilosť výkonu povolania môžu zmluvné strany poskytnúť len vedeniu spoločnosti zmluvnej firmy.
- 4) Zmluvné strany sa dohodli, že právne úkony Poskytovateľa sú jeho vlastné prejavy vôle, t.j. predmet tejto zmluvy Poskytovateľ vykonáva v mene Objednávateľa na vlastnú zodpovednosť s právnymi účinkami resp. následkami v nich vznikajúcimi pre Objednávateľa.
- 5) Zmluvné strany si navzájom zodpovedajú za škody, ktoré spôsobia druhej zmluvnej strane nedodržaním tejto zmluvy alebo zavineným konaním alebo opomenutím jednej zo zmluvných strán.
- 6) Poskytovateľ berie na vedomie, že ním poverený tím lekárov sa stáva súčasťou tímu pracovnej zdravotnej služby Objednávateľa podľa podmienok uvedených v tejto zmluve.

V.

Doba platnosti

- 1) Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.
- 2) Platnosť zmluvy možno ukončiť písomnou výpoveďou jednej zo zmluvných strán. Výpovedná lehota sú 3 mesiace a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po doručení písomnej výpovede druhej zmluvnej strane.
- 3) Zmeny a doplnky zmluvy je možné dohodnúť výlučne písomne po dohode oboch zmluvných strán vo forme dodatkov ku zmluve.
- 4) Od tejto zmluvy môže odstúpiť ktorákoľvek zo zmluvných strán v prípade opakovaného hrubého porušenia zmluvných povinností. Zmluvné strany sú povinné sa písomne informovať o hrubom a opakovanom porušení zmluvných povinností.
- 5) Za hrubé porušenie zmluvných povinností sa považuje porušenie článkov II., III. tejto zmluvy.
- 6) Zmluva nadobúda účinnosť dňom **01.04.2016**

VII.

Záverečné ustanovenia

- 1) Zmluvné strany sa zaväzujú, že si budú vzájomne nápomocné pri dosahovaní účelu predmetu tejto zmluvy.
- 2) V prípade, že niektoré ustanovenie tejto zmluvy je alebo sa stane neúčinné alebo nevymáhateľné, zostávajú ostatné ustanovenia tejto zmluvy účinné. Zmluvné strany sa zaväzujú nahradiť neúčinné alebo nevymáhateľné ustanovenia inými, účinnými a vymáhateľnými.
- 3) Zmluva je vyhotovená v dvoch origináloch, jeden originál obdrží poskytovateľ a druhý originál obdrží objednávateľ.
- 4) Obe zmluvné strany svojimi podpismi potvrdzujú, že ustanoveniam tejto zmluvy porozumeli čo do obsahu i rozsahu, tieto vyjadrujú ich slobodnú vôľu a zaväzujú sa ich dobrovoľne plniť.

Prílohy:

- Príloha č. 1 - Cenník odborných výkonov v rámci preventívnych lekárskech prehliadok
- Príloha č. 2 - Kontaktné údaje
- Príloha č. 3 - Požiadavka - Objednávka zdravotníckych výkonov pre zmluvnú firmu Objednávateľa
- Príloha č. 4 - vzor PERIODICKÁ PREHLIADKA
- Príloha č. 5 - Zdravotný dotazník klienta



Cenníky odborných výkonov v rámci preventívnych lekárskeho vyšetrení

Poskytovateľ : NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o.
Sídlo : Štefánikova1, 915 31 Nové Mesto nad Váhom
IČO : 36119369

a

Objednávateľ : BIO-FIT, s.r.o.
Sídlo : ul. SNP 36, 914 51 Trenčianske Teplice
IČO : 36307840
Oprávnenie na výkon PZS č. OPPL-5722/2006 – Oj vydané 21.09.2006 ÚVZ SR

Miesto výkonu: NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o., Štefánikova1, 915 31 Nové Mesto nad Váhom

Popis zdravotníckych výkonov	Cena za vyšetrenie
Základná lekárska prehliadka (vstupná, preventívna, výstupná), diagnostika, predbežný záver Pracovná a osobná anamnéza – vyhodnotenie anamnestického dotazníka Vyšetrenie moču chemicky Zameranie krvného tlaku Základné antropometrické vyšetrenie Vyšetrenie srdcovo-cievneho systému Vyšetrenie pohybového aparátu Orientačné očné vyšetrenie Vyšetrenie povrchu kože celotelovo, lymfatický systém – uzliny, Orientačný neurologický a psychický stav	10,00 €
EKG s popisom	7,00 €
Audiometria	15,00 €
Očné vyšetrenie	13,50 €
Očné vyšetrenie perimetrom	19,50 €
RTG	9,50 €
Spirometria	8,50 €
Laboratórne testy – vrátane odberu krvi	
KO, sedimentácia krvi, glukóza, kreatinín, ALT	6,50 €
Vyšetrenie HT (Bi priamy a nepriamy, AST, GMT)	5,00 €
Vyšetrenie lipidov (Chol.celkový, HDL, LDL, chol., TG)	10,00 €

Kontaktné údaje Zmluvných strán

Objednávateľ: BIO-FIT, s.r.o.:

Adresa prevádzky:	Kontaktná osoba:	Tel.:	e-mail:	Fax:
Poliklinika JUH Trenčín, Halalovka 63, 91101 Trenčín	Iveta Turiničová Oprávnená na jednanie s poskytovateľom	0905 983 396 032 / 65 56 031	obchodne@bio-fit.sk	032/ 65 56 033
	Referent pracovnej zdravotnej služby – audit pracovného prostredia	0915 811 551	kontrolne@bio-fit.sk	032/ 65 56 033
	Recepcia Polikliniky JUH Trenčín	0905 606 552 032 / 640 00 10	recepacia@bio-fit.sk	032/ 65 56 020
	MUDr. Tibor Gušťačík		riaditel@bio-fit.sk	032/ 65 56 033

Fakturačná adresa BIO-FIT, s.r.o.: BIO-FIT, s.r.o.
SNP 36
914 51 Trenčianske Teplice

Korešpondenčná adresa a miesto prevádzky: Poliklinika JUH Trenčín
Halalovka 63
911 08 Trenčín

Poskytovateľ: NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o.

Prevádzka:	Kontaktná osoba:	Tel.	e-mail:
NsP Nové Mesto nad Váhom Štefáikova 1, Nové Mesto n/V	BO. TATIANA KOŽÁKOVÁ	032/7740382	ORD@NSPNM.SK

Fakturačná adresa: NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o.
Štefánikova 1
915 31 Nové Mesto nad Váhom

Korešpondenčná adresa a miesto prevádzky:

O VYKONANEJ PREVENTÍVNEJ PREHLIADKE: VSTUPNÁ - PERIODICKÁ - VÝSTUPNÁ

PERIODICKÁ PREHLIADKA.

Príprava zdravotnou sestrou:

Zdravotná dokumentácia k dispozícii: áno nie

Údaje o zamestnávateľovi: /právnická osoba/

Obchodné meno a právna forma:

Sídlo:

Pracovné zaradenie:

Vo firme pracuje rokov.

Popis pracovnej činnosti:

Subjektívne ťažkosti klienta v súvislosti s pracovnou činnosťou:

Práca v stoji: v sede: na nočné smeny:

Faktory pracovného prostredia a kategorizácia prác:

Špecifické činnosti podľa NV SR:

Predchádzajúce zamestnanie:

Telefonický kontakt:

Meno ošetrojúceho lekára: MUDr.

ANAMNÉZA:

Subjektívne obťaženie: neudáva

RA:

OA:

AA: nie LA: nie

GYNEKOLOG. ANAMNÉZA:

menarche: cyklus: pôrody:

Fajčenie: Alkohol:

Dispenzarizovaný pre chorobu:

Výška: cm

Hmotnosť: kg BMI: kg/m²

TK: mm/Hg P: /min

Moč chem:

Farbocit:

Visus naturalis: P: 4/

L: 4/

Visus: zraková ostrosť na vzdialenosť 30 cm: v norme

Okuliare:

Pravák ľavák

Audio: Spirometria/PFM: RTG pľúc:

EKG:

Laboratórne vyšetrenie:

STATUS PREASENS GENERALIS: Normosténia, kľudové eupnoe, poloha aktívna, chôdza voľná, kostra bez deformít, koža čistá bez patolog. eflorescencií, orientačne neurologicky v norme.

STATUS PREASENS LOCALIS: Hlava: mesocephalická, na poklep nebolestivá, výstupy hlav. nervov nebolestivé. Oči: bulby v strednom postavení, scléry bez icteru, zornice isocorické, na osvit i konverg. reagujú správne. DU: jazyk plazí v strednej rovine, bez povleku, oropharynx kľudný, chrup sanovaný.

Krk: ŠŽ: nezväčšená, LU: nehmatné, náplň karotid primeraná. Cor.: akcia kľudná, pravidelná, ozvy bez šelestov. Pulmo: dýchanie čisté, vesiculárne v plnom rozsahu. Abdomen: v niveau

hrudníka, palpač. priehmatné, nebolestivé, bez patolog. rezistencie, bez hepatosplenomegálie.

Tapottement: bilat. negat. HK: bez deformít, svalová sila primeraná. DK: bez edémov, lýtka voľné, pulzácia perifer. artérií hmatné.

Dg:

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Meno:	Priezvisko:	tel.kontakt:
		e-mail:
Adresa:	Rodné číslo: /	Pracovné zaradenie:
	Obvodný lekár:	
	Zamestnávateľ:	Nočná práca: áno - nie

RODINNÁ ANAMNÉZA

Uveďte ochorenia Vašich príbuzných, pokiaľ sú Vám známe

	Otec	Matka	Starý otec	Stará mama	Brat	Sestra
Mozgová príhoda						
Infarkt myokardu						
Astma						
Ochorenia štítnej žľazy						
Ochorenie pohyb. Aparátu						
Vysoký krvný tlak						
Cukrovka						
Nádorové ochorenie /uveďte čoho/						
Psychiatrické ochorenie						

OSOBNÁ ANAMNÉZA

Liečite sa alebo liečili ste sa z nasledujúcich chorôb?
(hodiace sa zakrúžkujte)

Vysoký krvný tlak	áno	nie	Poruchy štítnej žľazy	áno	nie
Srdcový infarkt	áno	nie	Poruchy sluchu	áno	nie
Mozgová príhoda	áno	nie	Epilepsia	áno	nie
Cukrovka	áno	nie	Ochorenia chrbtice, kĺbov, svalov	áno	nie
Kožné ochorenia, exémy	áno	nie	Ochorenie kĺbov na hornej končatine	áno	nie
Astma	áno	nie	Ochorenie kĺbov na dolnej končatine	áno	nie
Alergické ochorenie	áno	nie	Operácie	áno	nie
Ochorenia pečene	áno	nie	Gynekologické ochorenie	áno	nie
			Psychiatrické ochorenie	áno	nie

Ak ste prekonali operáciu, uveďte akú:

Fajčíte? áno nie

Ak fajčíte uveďte koľko cigariet denne:

Užívate pravidelne lieky ? áno nie

Upresnite druh liekov:

Pri alergiách na lieky , upresnite na aké:

