

ZMLUVA O POSKYTOVANÍ PRACOVNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY A ZABEZPEČENÍ VÝKONU LEKÁRSKÝCH PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK VO VZŤAHU K PRÁCI

uzatvorená podľa § 269 ods. 2 zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov, zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia v znení neskorších predpisov a zákona č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci v znení neskorších predpisov (ďalej len „**Zmluva**“)

1. ZMLUVNÉ STRANY

Objednávateľ:

Obchodné meno:	LESY SR, š.p. Odštepný závod Levice
Sídlo:	Koháryho 2, 934 01 Levice
IČO:	36 038 351
Zápis:	OR SR Banská Bystrica, Oddiel: Pš, Vložka č.: 155/S
IČ DPH:	SK2020087982

(ďalej len „**Objednávateľ**“)

a

Poskytovateľ:

Obchodné meno:	AGEL Clinic s. r. o.
Sídlo:	Jelačičova 8, 821 08 Bratislava
IČO:	45 725 381
DIČ:	2023121496
Zápis:	OR SR BA I., oddiel: Sro, vložka č.: 67582/B
IČ DPH:	SK7120001372

(ďalej len „**Poskytovateľ**“)

(Objednávateľ a Poskytovateľ spoločne ďalej len „**Zmluvné strany**“ a jednotlivو len „**Zmluvná strana**“)

2. PREDMET ZMLUVY

- 2.1** Predmetom tejto Zmluvy je záväzok Poskytovateľa poskytovať Objednávateľovi certifikované zdravotnícke činnosti špecifikované v prílohe č. 2 tejto Zmluvy (ďalej len „**Služby PZS**“), a zabezpečiť zamestnancom Objednávateľa, resp. iným fyzickým osobám určeným Objednávateľom, vykonanie lekárskeho preventívneho prehliadok špecifikovaných v prílohe č. 3 tejto Zmluvy (ďalej len „**Služby LPP**“), ktoré spolu predstavujú komplexnú pracovnú zdravotnú službu definovanú zákonom č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 208/2014 Z. z. o podrobnostiach o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby, o zložení tímu odborníkov, ktorí ju vykonávajú, a o požiadavkách na ich odbornú spôsobilosť (Služby PZS a Služby LPP spoločne ďalej len „**Služby**“).
- 2.2** Poskytovateľ bude poskytovať Služby PZS vo vzťahu k prevádzke Objednávateľa: LESY SP, š. p., Koháryho 2, 934 01 Levice.
- 2.3** Poskytovateľ bude poskytovať Služby LPP v mieste plnenia Nemocnica AGEL Levice s.r.o., SNP 19, 934 01 Levice.

3. ODMENA A FAKTURÁCIA

- 3.1 Objednávateľ sa zaväzuje zaplatiť Poskytovateľovi za poskytnuté Služby PZS odmenu uvedenú v prílohe č. 2 tejto Zmluvy a za poskytnuté Služby LPP odmenu uvedenú v prílohe č. 3 tejto Zmluvy (ďalej len „**Odmena**“). Odmena nezahŕňa daň z pridanej hodnoty, ktorá sa uplatní v zmysle príslušných právnych predpisov.
- 3.2 V Odmene nie sú zahrnuté náklady Poskytovateľa na subdodávky meraní rizikových faktorov realizované odbornými certifikovanými pracoviskami, ktoré budú vyúčtované osobitne.
- 3.3 Poskytovateľ vystaví faktúru za Služby do 15 dní po skončení kalendárneho mesiaca, v ktorom boli Služby poskytnuté, s lehotou splatnosti 14 dní, ktorá začne plynúť odo dňa doručenia riadne vystavenej faktúry Objednávateľovi. Faktúra musí obsahovať všetky náležitosti v zmysle platných predpisov.
- 3.4 V prípade omeškania úhrady, Poskytovateľ má právo uplatniť si voči Objednávateľovi úrok z omeškania vo výške 0,03 % z neuhradenej pohľadávky za každý deň omeškania. Záväzok Objednávateľa sa považuje za uhradený dňom pripísania úhrady na účet Poskytovateľa alebo dňom úhrady do pokladne Poskytovateľa.

4. PODMIENKY POSKYTOVANIA SLUŽIEB

- 4.1 Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať Služby s odbornou starostlivosťou, v súlade touto Zmluvou, platnými právnymi predpismi, vo vlastnom mene a na vlastnú zodpovednosť, riadne a včas. Ak bude Poskytovateľ pri poskytovaní Služieb využívať služby tretích osôb (subdodávateľov), zodpovedá za poskytnuté Služby tak, ako by tieto Služby poskytoval sám.
- 4.2 Zmluvné strany sa zaväzujú, že si navzájom poskytnú všetku potrebnú súčinnosť pri plnení záväzkov vyplývajúcich z tejto Zmluvy a zároveň sa budú včas informovať prostredníctvom poverených kontaktných osôb o všetkých skutočnostiach potrebných pre poskytovanie Služieb, a to najmä sa budú vzájomne informovať o všetkých zmenách a iných okolnostiach, ktoré majú, alebo môžu mať vplyv na plnenie záväzkov Zmluvných strán vyplývajúcich z tejto Zmluvy.
- 4.3 Vo veciach spolupráce Zmluvných strán v súlade s touto Zmluvou poverujú Poskytovateľ a Objednávateľ nasledovné kontaktné osoby:

a) Kontaktná osoba **Poskytovateľa**:

PhDr. Roman Krajčovič

Tel. kontakt: +421911208958

E - mail: roman.krajcovic@agelclinic.sk

b) Kontaktná osoba **Objednávateľa**:

Ing. Emil Bušniak

Tel. kontakt: + 421 918 334 418

E - mail: emil.busniak@lesy.sk

4.4 Podmienky poskytovania Služieb PZS

- 4.4.1 Poskytovateľ vyhlasuje, že má oprávnenie na výkon PZS, vydané Úradom verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „**ÚVZ**“), ktoré tvorí prílohu č. 1 tejto Zmluvy, a teda je oprávnený poskytovať Služby PZS.
- 4.4.2 Poskytovateľ sa zaväzuje poskytnúť Služby PZS v súlade s požiadavkami Objednávateľa vo vopred dohodnutom čase.

- 4.4.3** Objednávateľ sa zaväzuje, že riadne a včas poskytnuté Služby PZS prijme a zaplatí za ne Poskytovateľovi dohodnutú Odmenu. Pre účely hygienicko-zdravotného auditu sa prijatím Služieb PZS rozumie prevzatie protokolu o obhliadke pracoviska potvrdené Objednávateľom písomne v preberacom protokole.
- 4.4.4** Objednávateľ zabezpečí Poskytovateľovi prístup k informáciám potrebným pre poskytovanie Služieb PZS, vytvorí podmienky na poskytovanie Služieb PZS a zabezpečí súčinnosť s jednotlivými vedúcimi zamestnancami a zástupcami zamestnancov Objednávateľa, ako aj bezpečnostno-technickou službou a komisiou Objednávateľa pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (ďalej len „BOZP“).
- 4.4.5** Objednávateľ sa zaväzuje zaškoliť zamestnancov Poskytovateľa z príslušných predpisov BOZP pred začatím poskytovania Služieb PZS a sprístupnením svojich pracovísk Poskytovateľovi.
- 4.4.6** Objednávateľ zabezpečí kompletnú informovanosť svojich zamestnancov o účele a cieľoch pracovnej skupiny Poskytovateľa pri výkone činností a pri poskytovaní Služieb PZS.
- 4.5 Podmienky poskytovania Služieb LPP**
- 4.5.1** Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať Služby LPP v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o náplni lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci č. S06881–OZS-2016, resp. v súlade s príslušnými neskoršími predpismi.
- 4.5.2** Poskytovateľ sa zaväzuje poskytnúť Služby LPP v súlade s požiadavkami Objednávateľa vo vopred dohodnutom čase. Požiadavka Objednávateľa na poskytnutie Služieb LPP bude Objednávateľom doručená Poskytovateľovi prostredníctvom formulára, ktorý tvorí prílohu č. 4 tejto Zmluvy, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto Zmluvy, zaslaného emailom Poskytovateľovi, minimálne 3 pracovné dni vopred. Poskytovateľ požiadavku Objednávateľovi bez zbytočného odkladu písomne, najmä prostredníctvom emailu, alebo telefonicky potvrdí.
- 4.5.3** Zmluvné strany sa dohodli, že každý zamestnanec Objednávateľa, ktorého sa Služba LPP týka, a/alebo Objednávateľ, sú oprávnení vykonať Službu LPP zrušiť, a to najmenej 48 hodín pred jej vykonaním, oznámením na:
- pzs@nlv.agel.sk, alebo na telefónnom čísle +421901795087, +421366379357
- Ak nebude požiadavka na vykonanie Služby LPP riadne a včas zrušená, bude Služba LPP považovaná za riadne vykonanú a Poskytovateľ má právo ju Objednávateľovi zaúčtovať vo vystavenej faktúre spolu s ostatnými poskytnutými Službami LPP podľa článku 3.3 tejto Zmluvy.
- 4.5.4** Objednávateľ sa zaväzuje, že riadne a včas poskytnuté Služby prijme a zaplatí za ne Poskytovateľovi dohodnutú Odmenu.
- 4.5.5** Objednávateľ zabezpečí Poskytovateľovi prístup k informáciám potrebným pre poskytovanie Služieb LPP, vytvorí podmienky na poskytovanie Služieb LPP a zabezpečí súčinnosť s jednotlivými vedúcimi zamestnancami a zástupcami zamestnancov Objednávateľa.
- 4.5.6** Objednávateľ sa zaväzuje zabezpečiť, aby sa zamestnanec Objednávateľa dostavil na výkon Služieb LPP s jedným vyhotovením tlačiva „Žiadosť o vykonanie lekárskej preventívnej prehliadky“, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 5 tejto Zmluvy, s tromi vyhotoveniami tlačiva „Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu“, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 6 tejto Zmluvy a s jedným vyplneným tlačivom „Dotazník zamestnanca“ ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 7 tejto Zmluvy.
- 4.5.7** Objednávateľ sa zaväzuje zabezpečiť na požiadanie Poskytovateľa, aby zamestnanec Objednávateľa poskytol Poskytovateľovi výpis z jeho/jej zdravotnej dokumentácie, ak na základe informácií a údajov od daného zamestnanca (ústne alebo z písomného dotazníka), nebude možné vydať záver – posudok o zdravotnej spôsobilosti na výkon konkrétnej činnosti.

5. DÔVERNOSŤ INFORMÁCIÍ

- 5.1 Každá Zmluvná strana, ktorá získa Dôverné informácie prináležiace druhej Zmluvnej strane (ďalej len „**Príjemca**“), sa týmto zaväzuje, že zachová mlčanlivosť o získaných Dôverných informáciách a neposkytne ich žiadnej osobe ani ich nepoužije pre svoj vlastný prospech alebo v prospech akejkoľvek inej osoby. Príjemca je však oprávnený Dôverné informácie poskytnúť (i) tým svojim orgánom, zamestnancom, pridruženým spoločnostiam, zástupcom a poradcom, od ktorých sa vyžaduje, aby disponovali takýmito informáciami v súvislosti s touto Zmluvou a transakciami ňou predpokladanými (ďalej len „**Oprávnené osoby**“), ako aj (ii) ostatým osobám, ktorým sa informácie musia poskytovať v súlade s príslušnými právnymi predpismi. Príjemca, ktorý sprístupní Dôverné informácie svojim Oprávneným osobám, je povinný informovať tieto osoby o dôvernej povahe týchto informácií a zaviazat' ich, aby zachovávali dôvernosť týchto informácií v súlade s touto Zmluvou.
- 5.2 V prípade ukončenia tejto Zmluvy a na žiadosť Zmluvnej strany, ktorá poskytla Dôverné informácie Príjemcovi, tento ich okamžite zničí alebo ich vráti Zmluvnej strane, ktorá mu informácie poskytla, spolu so všetkými kópiami, ktoré vlastní, s výnimkou tých častí Dôverných informácií, ktoré sú súčasťou analýz, zostáv, štúdií alebo iných dokumentov, ktoré vyhotovil Príjemca alebo jeho Oprávnené osoby a ktoré Príjemca buď zničí alebo si ich ponechá s tým, že uchová ich dôvernosť v súlade s touto Zmluvou.
- 5.3 Ak je Príjemca zo zákona povinný zverejniť akékoľvek Dôverné informácie, musí to okamžite oznámiť Zmluvnej strane, ktorá mu tieto informácie poskytla a umožniť jej domáhať sa neodkladného opatrenia alebo iného vhodného prostriedku na ochranu dôvernosti predmetných informácií. V každom prípade Príjemca zverejní len tú časť Dôverných informácií, ktorú musí zverejniť na základe zákona.
- 5.4 Pre účely tohto článku, „Dôverné informácie“ znamenajú všetky informácie týkajúce sa ktorejkoľvek Zmluvnej strany, ktorejkoľvek spriaznenej strany Zmluvnej strany alebo ich aktivít, ktoré sú prezentované či už písomnou alebo ústnou formou, vrátane analýz, zostáv, štúdií alebo iných dokumentov, ktoré obsahujú tieto informácie a všetky informácie týkajúce sa obsahu tejto Zmluvy a ňou zamýšľaných transakcií, s výnimkou informácií, ktoré (a) sú alebo sa stanú verejne známe inak ako zverejnením zo strany Príjemcu alebo jeho Oprávnených osôb, (b) Príjemca získa z iného zdroja ako od Zmluvnej strany poskytujúcej informácie, alebo (c) sú zverejnené Zmluvnou stranou, ktorej sa týkajú, alebo ich zverejnenie táto Zmluvná strana písomne schválila.
- 5.5 Poskytovateľ sa zaväzuje, že v prípade spracovávania osobných údajov zamestnancov Objednávateľa bude postupovať v zmysle Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady EÚ č. 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES v spojení so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, pri dodržaní nasledovných podmienok:
- a) Poskytovateľ je oprávnený začať so spracúvaním osobných údajov v mene Objednávateľa odo dňa účinnosti tejto Zmluvy,
 - b) účel spracúvania osobných údajov: vykonávanie pracovnej zdravotnej služby,
 - c) názov informačného systému a zoznam osobných údajov, ktoré sa budú spracúvať: Osobné údaje spracúvané v informačnom systéme Objednávateľa, v rozsahu titul, meno, priezvisko a ďalšie údaje nevyhnutné k vybavovaniu agendy pracovnej zdravotnej služby,
 - d) okruh dotknutých osôb: zamestnanci Objednávateľa, prípadne iné osoby podľa určenia Objednávateľa,

- e) podmienky spracúvania osobných údajov: Poskytovateľ bude vykonávať spracúvanie osobných údajov na prostriedkoch informačných technológií a tiež manuálne – v listinnej forme,
- f) povolené operácie s osobnými údajmi: táto Zmluva oprávňuje Poskytovateľa vykonávať všetky potrebné operácie nevyhnutné na dosiahnutie účelu Zmluvy, najmä zhromažďovanie, zaznamenávanie, usporadúvanie, prepracúvanie, vyhľadávanie, prehliadanie, preskupovanie, kombinovanie, premiestňovanie, využívanie, uchovávanie, kopírovanie, poskytovanie, likvidácia osobných údajov.

6. OSOBITNÉ DOJEDNANIA

- 6.1 Poskytovateľ ako nositeľ oprávnenia ÚVZ pre implementáciu a poskytovanie pracovnej zdravotnej služby preberá zodpovednosť za túto oblasť Objednávateľa.
- 6.2 V zmysle zodpovednosti uvedenej v čl. 6.1 tejto Zmluvy sa Zmluvné strany dohodli, že Poskytovateľ má výhradné právo odbornej akceptácie eventuálnych subdodávateľov pri zabezpečovaní svojich úloh vyplývajúcich z tejto Zmluvy.
- 6.3 Právo výberu prípadného subdodávateľa meraní rizikových faktorov má aj Objednávateľ za podmienky, že takto vybraného subdodávateľa Poskytovateľ vopred písomne odborne akceptuje.
- 6.4 Podmienkou vydania odbornej akceptácie podľa čl. 6.3 tejto Zmluvy je písomný záväzok subdodávateľa v prospech Poskytovateľa, že začne merania rizikových faktorov najneskôr do 20 dní od vydania akceptačného listu a dodrží vzájomne dohodnutý časový harmonogram meraní a dodania výsledkov.

7. TRVANIE ZMLUVY

- 7.1 Táto Zmluva nadobúda platnosť dňom jej podpisu oboma Zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jej zverejnenia v Centrálnom registri zmlúv vedenom Úradom vlády Slovenskej republiky v zmysle § 47a ods. 1 Občianskeho zákonníka.
- 7.2 Zmluvné strany výslovne súhlasia so zverejnením tejto Zmluvy v jej plnom rozsahu vrátane príloh a dodatkov v Centrálnom registri zmlúv vedenom Úradom vlády Slovenskej republiky.
- 7.3 Táto Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.
- 7.4 Táto Zmluva zaniká:
 - a) písomnou dohodou Zmluvných strán o ukončení tejto Zmluvy ku dňu uvedenému v takejto dohode,
 - b) písomnou výpoveďou ktorejkoľvek Zmluvnej strany doručenej druhej Zmluvnej strane, a to aj bez uvedenia dôvodu. Výpovedná lehota je tri mesiace a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom je výpoveď doručená druhej Zmluvnej strane,
 - c) písomným odstúpením od Zmluvy zo strany Objednávateľa, ak si Poskytovateľ ani do 30 dní po doručení písomnej výzvy Objednávateľa riadne neplní povinnosti vyplývajúce z tejto Zmluvy alebo z platných právnych predpisov,
 - d) písomným odstúpením od Zmluvy zo strany Poskytovateľa v prípade omeškania Objednávateľa s úhradou za Služby viac ako 30 dní,
 - e) stratou povolenia Poskytovateľa na poskytovanie Služieb.

8. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

8.1 Oznámenia

8.1.1 Ak je v tejto Zmluve stanovený osobitný spôsob komunikácie vo vzťahu k určitej záležitosti, tento spôsob komunikácie je pre Zmluvné strany záväzný bez ohľadu na tento článok. Všetky ostatné oznámenia, žiadosti, požiadavky a ostatná komunikácia, ktoré sa vyžadujú alebo sú v tejto Zmluve inak predpokladané, musia byť v písomnej forme, v slovenskom jazyku, a budú sa doručovať jedným alebo viacerými z nasledujúcich spôsobov, pričom sa budú považovať za riadne doručené, ak:

- a) budú doručované osobne, pri prijatí alebo odmietnutí prevzatia;
- b) budú zasielané elektronickou poštou (e-mailom), v momente, kedy systém elektronickej pošty odosielateľa alebo príjemcu pošle na e-mailovú adresu odosielateľa potvrdenie o doručení elektronickej pošty do systému elektronickej pošty príjemcu; alebo
- c) budú doručované kuriérskou službou alebo ako doporučená zásielka, prevzatím, odmietnutím prevzatia alebo prvý pracovný deň po tom, čo kuriérska služba alebo pošta vráti komunikáciu odosielajúcej strane ako nedoručiteľnú.

8.1.2 Všetky oznámenia, žiadosti, požiadavky a ostatná komunikácia budú adresované na príslušné adresy Zmluvných strán uvedené v záhlaví tejto Zmluvy alebo na také iné adresy alebo čísla, ktoré si Zmluvné strany navzájom oznámia podľa tohto článku.

8.2 Vyššia moc

Zmluvné strany nezodpovedajú za úplné alebo čiastočné nesplnenie záväzkov vyplývajúcich z tejto Zmluvy, ak takéto neplnenie nastalo v dôsledku vyššej moci, a to najmä okolnosťami ako požiar, povodeň, zemetrasenie, vojenské akcie, útoky ako aj štátne alebo vládne nariadenia alebo rozhodnutia priamo vplývajúce na plnenie tejto Zmluvy, a to za predpokladu, že tieto okolnosti majú priamy vplyv na plnenie tejto Zmluvy a boli mimo kontroly strán a nemohli byť predvídané ani nebolo možné vyhnúť sa im. Zmluvná strana, ktorá nie je schopná splniť záväzky vzhľadom na spomínané okolnosti, bude o tom písomne informovať druhú Zmluvnú stranu bezodkladne po začiatku pôsobenia takýchto okolností.

8.3 Úplná dohoda

Zmluvné podmienky uvedené v tejto Zmluve, vrátane jej príloh, predstavujú úplnú dohodu medzi Zmluvnými stranami a nahrádzajú všetky predchádzajúce dohody a dohovory, či už ústne alebo písomné, medzi Zmluvnými stranami súvisiace s predmetom tejto Zmluvy.

8.4 Dodatky

Zmeny a doplnenia tejto Zmluvy môžu byť robené len v písomnej forme, očíslovanými dodatkami.

8.5 Oddeliteľnosť

Každé ustanovenie tejto Zmluvy sa, pokiaľ je to možné, vykladá tak, aby bolo platné a vymáhateľné podľa platných právnych predpisov. Pokiaľ by však niektoré ustanovenie tejto Zmluvy bolo podľa platných právnych predpisov neplatné alebo nevymáhateľné, nedotkne sa to ostatných ustanovení tejto Zmluvy, ktoré budú i naďalej v plnom rozsahu platné a vymáhateľné. V prípade takejto neplatnosti alebo nevymáhateľnosti budú Zmluvné strany v dobrej viere rokovať, aby sa dohodli na úpravách alebo dodatkoch k tejto Zmluve, ktoré sú potrebné na realizáciu zámerov tejto Zmluvy a ktoré si vyžaduje takáto neplatnosť alebo nevymáhateľnosť.

8.6 Rozhodné právo

Táto Zmluva sa riadi a vykladá podľa práva Slovenskej republiky.

8.7 Spory

Všetky spory, ktoré vyplynú z tejto Zmluvy alebo ktoré s ňou budú súvisieť, budú riešené príslušným všeobecným súdom Slovenskej republiky.

8.8 Rovnopisy

Táto Zmluva sa vyhotovuje v slovenskom jazyku v dvoch rovnopisoch, pričom každá Zmluvná strana dostane jeden rovnopis tejto Zmluvy.

8.9 Zmluvná voľnosť

Zmluvné strany týmto vyhlasujú, že ich zmluvná voľnosť nie je obmedzená, túto Zmluvu uzatvárajú slobodne a vážne, prejavy ich vôle sú zrozumiteľné a určité, nekonajú v tiesni ani za nápadne nevýhodných podmienok, obsahu tejto Zmluvy porozumeli v plnom rozsahu, súhlasia s ním a na znak toho ju podpisujú.

V _____ dňa _____ V _____ dňa _____

AGEL Clinic s. r. o.

MUDr. Oto Lobodáš, MPH
konateľ

Ing. Tomáš Čuka
Poverený riadením OZ Levice

Mgr. Michal Zakarovský, ACCA
konateľ

PRÍLOHA Č. 1

OPRÁVNENIE NA VÝKON PRACOVNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

Trnavská cesta 52
82645 Bratislava

Číslo spisu
OPPL/4744/102255

Bratislava
08. 07. 2020

Vybavuje
MUDr. Ľudmila Ondrejková



ROZHODNUTIE

Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

Popis konania / Účastníci konania

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky ako príslušný orgán podľa § 3 ods. 1 písm. b) zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 355/2007 Z. z.“) preskúmal žiadosť spoločnosti AGEL Clinic s. r. o., Jelačičová 8, 821 08 Bratislava, IČO: 45 725 381 (ďalej len „AGEL Clinic s. r. o., Jelačičová 8, Bratislava“) zo dňa 01.06.2020, doručenú dňa 05.06.2020, o vydanie oprávnenia na výkon pracovnej zdravotnej služby. Žiadosť spoločnosti AGEL Clinic s. r. o., Jelačičová 8, Bratislava, doručenej dňa 05.06.2020, sa v y h o v u j e a žiadateľovi sa podľa § 5 ods. 4 písm. q) a § 30b ods. 5 zákona č. 355/2007 Z. z. a podľa § 46 a § 47 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov vydáva toto

Výrok rozhodnutia

OPRÁVNENIE

na výkon pracovnej zdravotnej služby. Vedúcim tímu pracovnej zdravotnej služby je MUDr. Lucia Jakubíková so špecializáciou v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo. Oprávnenie sa vydáva na dobu neurčitú.

Odôvodnenie

Spoločnosť AGEL Clinic s. r. o., Jelačičová 8, Bratislava požiadala podaním doručeným dňa 05.06.2020 a jeho doplnením doručeným elektronickou poštou dňa 15.06.2020 v zmysle § 30b ods. 1 zákona č. 355/2007 Z. z. o vydanie oprávnenia na výkon pracovnej zdravotnej služby.

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky preskúmal predmetnú žiadosť a zistil, že spoločnosť AGEL Clinic s. r. o., Jelačičová 8, Bratislava predložila zoznam zamestnancov pracovnej zdravotnej služby. Vedúcim tímu pracovnej zdravotnej služby je MUDr. Lucia Jakubíková so špecializáciou v špecializačnom odbore pracovné lekárstvo (diplom č. D.09274, zo dňa 18.12.2019), ktorá uzavrela dňa 22.05.2020 so spoločnosťou AGEL Clinic s. r. o., Jelačičová 8, Bratislava dohodu o pracovnej činnosti.

Spoločnosť predložila rozhodnutie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (č. S09902-2020-ONAPP, zo dňa 11.05.2020), ktorým sa spoločnosti AGEL Clinic s. r. o., Jelačičová 8, Bratislava povoľuje prevádzkovať zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti a zdravotnícke zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti s miestom prevádzkovania Jelačičová 8, Bratislava. Ďalej predložila pracovný postup na vykonávanie jednotlivých odborných činností pracovnej zdravotnej služby a vyhlásenie, ktorým deklaruje nezávislosť pri vykonávaní odborných činností vo vzťahu k zamestnávateľom.

Podľa posúdenia predložená dokumentácia vyhovuje podmienkam, ktoré sú určené v § 30b ods. 2 a 4 a § 30d zákona č. 355/2007 Z. z. a vyhláškou Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 208/2014 Z. z. o podrobnostiach o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby, o zložení tímu odborníkov, ktorí ju vykonávajú, a o požiadavkách na ich odbornú spôsobilosť.

Žiadateľ zaplatil správny poplatok dňa 03.07.2020.

Na základe uvedeného bolo rozhodnuté tak, ako je uvedené vo výroku tohto rozhodnutia.

Poučenie

Proti tomuto rozhodnutiu je možné podľa § 53 a § 54 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov podať odvolanie do 15 dní odo dňa jeho doručenia na Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Trnavská cesta 52, 826 45 Bratislava.

Toto rozhodnutie je po vyčerpaní riadnych opravných prostriedkov preskúmateľné správnym súdom podľa zákona č. 162/2015 Z. z. Správny súdny poriadok.

Mgr. RNDr. MUDr. Ján Mikas, PhD.
hlavný hygienik Slovenskej republiky

Doručuje sa

AGEL Clinic, s.r.o.
Jelačičova 8
82108 Bratislava
Slovenská republika

PRÍLOHA Č. 2
ROZSAH SLUŽIEB PZS A CENOVÁ PONUKA

Predmet/služba	Cena za služby bez DPH
Dohľad nad pracovným prostredím	
Prvotná prehliadka za účelom vykonania auditu o stave služieb v oblasti ochrany zdravia pri práci a posúdenia rozsahu činnosti pracovnej zdravotnej služby.	165,96 €
Identifikácia pracovného prostredia, zdravotných nebezpečenstiev na pracoviskách a rizikových faktorov práce. Určenie stratégie a rozsahu objektivizácie faktorov pracovného prostredia.	165,96 €
Komplexné hodnotenie rizika. Vypracovanie kategorizácie pracovných činností a návrhy na zaradenie pracovných činností do kategórií z hľadiska zdravotných rizík.	165,96 €
Vypracovanie kategorizácie pracovných činností a návrhy na zaradenie pracovných činností do kategórií z hľadiska zdravotných rizík.	116,17 €
Vykonanie dohľadu nad faktormi pracovného prostredia a nad stavom pracovných podmienok. Poskytovanie poradenstva a návrhov opatrení zameraných na ochranu zdravia zamestnancov.	165,90 €
Vypracovanie prevádzkového poriadku v súlade s požiadavkami príslušných legislatívnych úprav.	132,77 €
Poradenstvo	
Organizovanie školenia a odborného výcviku zamestnancov na poskytovanie prvej pomoci. Realizácia výchovno-vzdelávacích aktivít v oblasti výchovy k zdraviu, pozitívnych a negatívnych vplyvov práce a pracovných podmienok na zdravie, preventívnych opatrení na ochranu zdravia a optimalizácie pracovných podmienok.	66,38 €

Každoročné vypracovanie správy o stave pracovných podmienok a zdravotných podmienok zamestnancov a návrh opatrení na ochranu a podporu zdravia zamestnancov.	66,38 €
Rozbory práceneschopnosti, chorôb z povolania, ochorení súvisiacich s prácou a zdravotných rizík.	33,19 €
Určovanie profesií na účely rekondičného režimu, vypracovanie programu.	33,19 €
Vypracovanie ďalšej písomnej dokumentácie a iné činnosti podľa legislatívnych požiadaviek alebo požiadavky objednávateľa.	18,00 € / hod.

V prípade zmien legislatívy SR si AGEL Clinic s.r.o. vyhradzuje právo meniť cenu a rozsah poskytovaných služieb.
Ceny sú uvedené bez DPH 20%.

PRÍLOHA Č. 3

ROZSAH SLUŽIEB LPP A CENOVÁ PONUKA

Lekárske preventívne prehliadky		Cena
1.	Základná lekárska prehliadka	36,24 €
2.	Práca so zobrazovacími jednotkami vrátane očnému vyšetrenia	48,46 €
3.	Vodič osobného automobilu + VZV	101,04 €
4.	Vodič nákladného automobilu + prach + hluk + chem. látky + vibrácie + biolog. faktor	170,21€
5.	Chemické látky	38,64 €
6.	Respiračné a kožné alergény	43,68 €
7.	Prach + hluk + vibrácie	95,73 €
8.	Hluk + vibrácie	81,65 €
9.	Hluk + chladový test	62,46 €
10.	Hluk	54,83 €

V prípade zmien legislatívy SR si Agel Clinic s.r.o. vyhradzuje právo meniť cenu a rozsah poskytovaných služieb.
Ceny sú uvedené bez DPH 0%.

PRÍLOHA Č. 4

FORMULÁR – POŽIADAVKA NA POSKYTNUTIE SLUŽIEB LPP

Kontaktná osoba zamestnávateľa:									
Mail:									
Telefón:									
Zoznam zamestnancov na lekárske preventívne prehliadky (LPP)									
Por.č.	Priezvisko a meno	Dátum narodenia	Bydlisko	Pracovné zaradenie, pozícia, profesia	<u>Typ prehliadky</u> vstupná,periodická, pred zmenou prac.zaradenia, mimoriadna,výstupná, po dlhodobej PN v trvaní 6 mesiacov	A Faktory práce/kategória prác	B Osobitné predpisy	C LPP pred vydaním/ pri aktualizácii platného preukazu,osvedčenia (pozn. periodicita á 5 rokov)	Ak viete, uveďte vyhovujúci termín LPP
Dňa:									

A Faktory práce: chemické faktory, fyzikálne faktory(vibrácie, hluk, ionizujúce žiarenie, elektromagnetické žiarenie, infračervené žiarenie, ultrafialové žiarenie, laserové žiarenie, chlad a teplo, chlad, teplo),

A Faktory práce: biologické faktory (TBC, hepatitídy), faktory fyzickej záťaž, psychická pracovná záťaž

B Osobitné predpisy: práca so zobraovacími jednotkami, práca vo výškach, práca s bremenami, nočná práca

C Práca na základe preukazu, osvedčenia alebo dokladu podľa § 16 a prílohy č. 1a zákona č. 124/2006 Z. z. (napr.obsluha kotla, viazanie bremien, obsluha motorových vozíkov...)

PRÍLOHA Č. 5

VZOR – ŽIADOSŤ O VYKONANIE LEKÁRSKEJ PREVENTÍVNEJ PREHLIADKY

ŽIADOSŤ O VYKONANIE LEKÁRSKEJ PREVENTÍVNEJ PREHLIADKY VO VZŤAHU K PRÁCI

OBCHODNÉ MENO ZAMESTNÁVATEĽA:

SÍDLO ZAMESTNÁVATEĽA:

MENO, PRIEZVISKO, TITUL ZAMESTNANCA :

RODNÉ ČÍSLO:

ADRESA BYDLISKA:

PRACOVNÉ ZARADENIE:

FAKTORY PRÁCE a PRAC.PROSTREDIA, PRE KTORÉ JE TÁTO LPP ŽIADANÁ:

PRÁCA PODĽA OSOBITNÝCH PREDPISOV PRE KTORÚ JE TÁTO LPP ŽIADANÁ:

KATEGÓRIA PRÁCE:

9. DRUH LEKÁRSKEJ PREVENTÍVNEJ PREHLIADKY VO VZŤAHU K PRÁCI

☐	VSTUPNÁ	☐	PRED ZMENOU PRACOVNÉHO ZARADENIA
☐	PERIODICKÁ (v súvislosti s výkonom práce)	☐	VÝSTUPNÁ
☐	INÁ _____		

ĎALŠIE FAKTORY PRACOVNÉHO PROSTREDIA, KTORÝM JE ZAMESTNANEC EXPONOVANÝ:

FAKTOR	KATEGÓRIA			
Hluk	1	2	3	4
Vibrácie	1	2	3	4
Chemické faktory	1	2	3	4
Senzibilizujúce chemické faktory		2	3	4
Chemické faktory – pevné aerosóly	1	2	3	4
Chemické faktory - _____	1	2	3	4
Karcinogénne a mutagénne faktory		2	3	4
Ionizujúce žiarenie (A)	1	2	3	4
Ionizujúce žiarenie (B)	1	2	3	4
Elektromagnetické žiarenie	1	2	3	
Optické žiarenie				
Ultrafialové žiarenie	1	2	3	
Infračervené žiarenie	1	2	3	
Lasery	1	2	3	
Biologické faktory	1	2	3	4
Zvýšený tlak vzduchu		2	3	
Fyzická záťaž	1	2	3	4
Psychická pracovná záťaž	1	2	3	
Záťaž teplom		2	3	
Záťaž chladom		2	3	

Dátum:

Podpis a pečiatka zamestnávateľa

PRÍLOHA Č. 6

VZOR – LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA PRÁCU

LEKÁRSKY POSUDOK o zdravotnej spôsobilosti na prácu

Údaje o zamestnávateľovi:

a) ak ide o právnickú osobu*)

Obchodné meno a právna forma:

Sídlo:

IČO:

b) ak ide o fyzickú osobu - podnikateľa*)

Meno a priezvisko:

Miesto podnikania:

IČO:

Údaje o zamestnancovi:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalý pobyt:

Osobné číslo: *)

Pracovisko:

Profesia – pracovné zaradenie – posudzovaná práca:

Faktory práce a pracovného prostredia:

Kategória práce¹⁾ pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia:

Práca podľa osobitných predpisov: *)

Druh lekárskej preventívnej prehliadky:

Záver :

a) **Spôsobilý na výkon posudzovanej práce*)**

b) **Spôsobilý na výkon posudzovanej práce*) s dočasným obmedzením:**

.....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)

c) **Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*)**

.....
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku
preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci

Dátum:

*) nehodiace sa prečiarknite.

Zamestnanec potvrdzuje prevzatie lekárskeho posudku o zdravotnej spôsobilosti na výkon práce:

1. *originál pre zamestnávateľa*

2. *v jednej kópii pre všeobecného lekára, s ktorým má zamestnanec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.*

Dátum prevzatia:

.....

Dátum prevzatia:

Podpis vyšetrovaného zamestnanca

.....
Podpis zástupcu zamestnávateľa

¹⁾ § 31 ods.1 až 5 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

PRÍLOHA Č. 7

VZOR – DOTAZNÍK ZAMESTNANCA

DOTAZNÍK ZAMESTNANCA

zo dňa

Vyplňte prosím čitateľne paličkovým písmom

Priezvisko , meno, titul:	Rodné číslo:	Trvalé bydlisko:
Telefónny kontakt:		Zamestnávateľ:
Súčasný pracovný zaradenie, rizikový faktor:		
Adresa a meno ošetrojúceho všeobecného lekára pre dospelých - kontakt:		

RODINNÁ ANAMNÉZA: liečia/ liečili sa Vaši priami príbuzní na niektoré z uvedených ochorení?

- ☐ nádorové ochorenie
- ☐ cukrovka
- ☐ vysoký krvný tlak
- ☐ zápal žíl
- ☐ ochorenia štítnej žľazy
- ☐ tuberkulóza
- ☐ srdcový infarkt
- ☐ mozgová príhoda
- ☐ astma
- ☐ poruchy sluchu
- ☐ nie som si vedomý výskytu daných ochorení
- ☐ uveďte iné choroby alebo zdravotné ťažkosti.....

OSOBNÁ ANAMNÉZA: prekonali Ste alebo sa liečite na niektoré z uvedených ochorení?

(* zaškrtnite v prípade výskytu daného ochorenia, bližšie údaje do poznámky)

- ☐ časté angíny
- ☐ opakované zápal ucha, zhoršený sluch, alebo vrodené ochorenie sluchu
- ☐ cukrovka
- ☐ vysoký krvný tlak
- ☐ ochorenie močových ciest- zápal , kamene
- ☐ ochorenie tráviaceho systému- vrodené ochorenie, pálenie žahy, hnačky/ zápchy
- ☐ ochorenie pohybového aparátu- bolesti kĺbov, bloky chrbtice, skolióza
- ☐ ochorenie pečene, žlčových ciest
- ☐ zápal žíl
- ☐ ochorenie štítnej žľazy
- ☐ psychiatrické ochorenie
- ☐ infekčné ochorenie- infekčná mononukleóza, hepatitída, salmonelóza, pohlavné ochorenia
- ☐ opakované zápal priedušiek, zápal pľúc, astma
- ☐ srdcový infarkt alebo iné srdcové ochorenie
- ☐ nervové ochorenie- napr. epilepsia, poruchy hybnosti
- ☐ mozgová príhoda
- ☐ očné ochorenia vrátane korekcie zraku

- kožné ochorenie- ekzémy, plesne
- poruchy hladiny tukov
- gynekologické ochorenie u žien
- neliečim sa na dané ochorenie a nie som si vedomý/á, že by som niektoré prekonal/a
- uveďte iné choroby alebo zdravotné ťažkosti

Poznámka: (pre bližšie informácie o ochorení):

.....

PRACOVNÁ ANAMNÉZA: napíšte Vaše doterajšie pracovné zaradenia, náplň práce, aké rizikové faktory boli v pracovnom prostredí:

.....

Na nasledujúce otázky prosím odpovedajte A= ÁNO/ N= NIE

1. Máte v súčasnosti zdravotné ťažkosti? Ak áno, aké:	
2. Užívate v súčasnosti pravidelne lieky? Ak áno, uveďte aké:	
3. Trpíte na niektorú z foriem alergie?- lieky, potraviny, peľ, prach, chlpy zvierat, roztoče, iné Ak áno, uveďte aj jej prejavy:	
4. Máte strach z výšok alebo mávate závrate a iné nevoľnosti na miestach vo výškach?	
5. Máte strach z uzatvorených priestorov?	
6. Vykonávate pravidelné športové aktivity? Ak áno, uveďte aké.	
7. Vykonávate okrem práce u terajšieho zamestnávateľa aj inú pracovnú činnosť? Ak áno, uveďte akú.	
8. Ste pravidelne sledovaný/á u odborného lekára alebo v poradni? Ak áno, v akej špecializovanej ambulancii?	
9. Boli/a ste niekedy operovaný/á? Ak áno- kedy, čoho?	
10. Mali/a ste niekedy vážny úraz? Ak áno- kedy, čoho?	
11. Bol/a ste niekedy liečený v nemocnici? Ak áno- kedy dôvod	
12. Pociťujete mravenčenie v prstoch rúk ?	
13. Pociťujete trpnutie prstov rúk ?	

14. Mávate bolesti prstov rúk (napr. v noci) ?	
15. Máte pocit oslabenia citlivosti v prstoch rúk ?	
16. Máte pocit stuhlosti v prstoch rúk ?	
17. Pociťujete zníženú obratnosť prstov rúk ?	
18. Spozorovali ste opuch zápästia ?	
19. Pozorujete záchvaty blednutia kože prstov rúk?	
20. pre mužov- Absolvovali ste základnú vojenskú službu? Ak nie, bolo to zo zdravotných príčin? Akých?	
21. Fajčíte/ fajčil **ste? Ak áno, koľko rokov?/ koľko priemerne denne?	
22. Užívate/ užíval ** ste alkoholické nápoje? Ak áno- aký druh, ako často?	
23. Užívate/ užíval **ste návykové látky alebo drogy? Ak áno- aký druh, ako často?	
24. Ste vodičom motorového vozidla?	
25. Mávate bolesti hlavy? Migrény?	
26. Máte/mal ste **niekedy bolesti s chrbticou? Ak áno, aké?	
27. Absolvoval/a ste niekedy rehabilitačnú liečbu? Ak áno, uveďte akú a kedy:	
28. Ste riadne očkovaný/á proti tetanu? Prípadne rok posledného očkovania:	
29. Ste v čiastočnom alebo úplnom invalidnom dôchodku?	
30. Vykonávali ste niekedy rizikovú prácu? Kategória 3 alebo 4. Ak áno, o aké riziko išlo?	
31. Mali/a ste niekedy priznanú zmenenú pracovnú schopnosť alebo chorobu z povolania? Ak áno, uveďte kedy dôvod	

****nehodiace sa preškrtnite**

Čestné prehlásenie:

Prehlasujem a potvrdzujem týmto, že som horeuvedený dotazník vyplnil/a pravdivo podľa môjho najlepšieho vedomia presne, a že som nezatajil žiadne skutočnosti týkajúce sa môjho zdravotného stavu, predchádzajúcich chorôb a úrazov ako aj rodinnej anamnézy. Súčasne beriem na vedomie, že v prípade zatajenia alebo nepresného, resp. neúplného uvedenia horeuvedených skutočností o mojom zdravotnom stave nenesie spoločnosť Nemocnica Levice s.r.o. zodpovednosť za následky spôsobené prípadným chybným posúdením mojej zdravotnej spôsobilosti k pracovnému zaradeniu, k vykonávanej práci a to predovšetkým v prípade, že neuvedené alebo úmyselne zatajené ochorenie

je preukázateľné len špecializovaným odborným vyšetrením, ktoré nie je bežnou štandardnou súčasťou lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci u lekára pracovnej zdravotnej služby. Svojím podpisom vyjadrujem súhlas s použitím mojich osobných údajov k ich technickému spracovaniu pre potreby daného zdravotníckeho zariadenia.

Dátum:

Podpis zamestnanca: