Prohlášení poskytovatele zdravotních služeb

Poskytovatel zdravotních služeb:	**Poskytovatel, a.s.**
Sídlo (obec):	**Nová Ves**
Ulice, č.p., PSČ:	**Testovací, 1234/6, 111 11**
Zápis v obchodním rejstříku: • ……soud …….., oddíl …, vložka ….., dne ……. • nezapisuje se	
Zastoupený (jméno, funkce):	**MUDr. Ivo Štastný, ředitel**
IČ:	**1234567**
IČZ:	**12345670**

(dále jen „**Poskytovatel**“).

1. Prohlášení je určeno pro smluvní poskytovatele zdravotních služeb, kteří byli Ministerstvem zdravotnictví ČR zařazeni do seznamu odběrových center zveřejněných na webových stránkách MZ ČR. Odběrovým centrem (dále jen "OC") se rozumí vyčlenění místa a zaměstnanců výhradně za účelem odběru biologického materiálu jiného než krev k testování na onemocnění COVID-19.

2. Nedílnou součástí prohlášení je příloha, ve které poskytovatel vyplní adresu OC, měsíc a počet kalendářních dnů provozu OC v daném měsíci, v rámci kterého byl zdravotní pojišťovně současně s diagnózu U07.1 nebo U69.75 vykázán alespoň jeden odběr biologického materiálu jiného než krev z důvodu vyšetření na COVID – 19 (vykázáno výkonem 09115). Poskytovatel je zároveň povinen uvést, zda se OC nacházelo mimo vnitřní prostory poskytovatele, kterými se rozumí budova zdravotnického zařízení. V případě, že Poskytovatel provozoval více OC, vyplní údaje za každé z provozovaných OC zvlášť.

3. Poskytovatel prohlašuje, že za období od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2020 vykazoval u pacientů s diagnózou U07.1 nebo U69.75 podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) výkony č. 09115 podle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, poskytnuté OC pro testování na onemocnění COVID-19. Poskytovatel současně vyplní pro každé zřízené OC identifikaci stávajícího pracoviště/pracovišť poskytovatele (ICP), které vykazovalo zdravotní pojišťovně odběr biologického materiálu (výkon 09115) realizovaný v OC.

4. Poskytovatel prohlašuje, že všechny uvedené údaje v prohlášení a v přílohách jsou úplné a odpovídají skutečnosti. V případě, že se údaje uvedené v tomto formuláři prokážou býti nepravdivé, neúplné, nepřesné, nebo budou jinak obráceny v opak, bude čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

V ……..… dne .....

razítko a podpis

……

za Poskytovatele
titul, jméno a příjmení
funkce

Pokyny pro zpracování: Vyplněné prohlášení zašlete datovou schránkou, nebo Českou poštou.

Odběrové centrum č.: **1**

Adresa, ev. lokalizace umístění odběrového centra:

Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ
Testovací	1345/6	Nová ves	111 11

IČP stávajícího pracoviště/pracovišť poskytovatele, pod kterým byl zdravotní pojišťovně vykazován odběr:

IČP 1	IČP 2	IČP 3	IČP 4	IČP 5
12345678	12345677			

OC provozováno v měsíci *(vyplňte kal. měsíc provozu)*	**Počet kalendářních dnů provozu OC** *(vyplňte počet kal. dnů provozu OC)*	**OC bylo po celou dobu poskytování péče** (tj. odběry výkonem 09115) **zveřejněno na stránkách MZ** *(vyplňte ANO/NE)*	**OC zřízeno mimo vnitřní prostory Poskytovatele** *(vyplňte ANO/NE)*
Březen	12	ANO	ANO
Duben	5	ANO	ANO
Duben	25	ANO	NE
Květen	19	ANO	ANO
Červen	5	ANO	ANO
Červen	10	ANO	NE

Odběrové centrum č.: **2**

Adresa, ev. lokalizace umístění odběrového centra:

Ulice	č.p./č.o.	Obec	PSČ
Testovací	1345/6	Nová ves	111 11

IČP stávajícího pracoviště/pracovišť poskytovatele, pod kterým byl zdravotní pojišťovně vykazován odběr:

IČP 1	IČP 2	IČP 3	IČP 4	IČP 5
12345678	11234567			

OC provozováno v měsíci *(vyplňte kal. měsíc provozu)*	**Počet kalendářních dnů provozu OC** *(vyplňte počet kal. dnů provozu OC)*	**OC bylo po celou dobu poskytování péče** (tj. odběry výkonem 09115) **zveřejněno na stránkách MZ** *(vyplňte ANO/NE)*	**OC zřízeno mimo vnitřní prostory Poskytovatele** *(vyplňte ANO/NE)*
Březen	12	ANO	ANO
Duben	5	ANO	ANO
Duben	25	ANO	NE
Květen	19	ANO	ANO
Červen	5	ANO	ANO
Červen	10	ANO	NE