

IČO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 6 | 4 | 1 | 9 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

IČZ smluvního ZZ

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 4 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Číslo smlouvy

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 2 | 4 | 0 | 4 | N | 0 | 6 | 3 |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|

Záčíslí IČO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Název IČO

Fakultní Thomayerova nemocnice

PŘÍLOHA č. 2 – Vstupní formulář / V-13 / 8.11.11 / 4\_12

SMLOUVY O POSKYTOVÁNÍ A ÚHRADĚ HRAZENÝCH SLUŽEB

Platnost smlouvy ode dne

Číslo složky

Číslo dodatku

Datum uplatnění od

Datum uplatnění do

1.1.2025

1.1.2025

31.12.2029

Typ B

PRACOVISTĚ – ZDRAVOTNICKÉHO TÝMU

IDENTIFIKAČNÍ ČÍSLO PRACOVISTĚ (IČP)

PRACOVISTĚ JE SOUČÁSTÍ PRIMARIÁTU

ČÍSLO PRIMARIÁTU

NÁZEV PRACOVISTĚ

VARIABILNÍ SYMBOL

|                                      |   |   |   |                          |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|--------------------------|---|---|---|
| 0                                    | 4 | 0 | 0 | 5                        | 3 | 2 | 4 |
| <input checked="" type="radio"/> Ano |   |   |   | <input type="radio"/> Ne |   |   |   |
| 0                                    | 0 | 0 | 0 | 0                        | 0 | 0 | 2 |

Ambul.alergol. a kl.imunolog.-Pediatr.kl

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

| ADRESA(Y) A UMÍSTĚNÍ PRACOVISTĚ |              |          |               |            |        |      |
|---------------------------------|--------------|----------|---------------|------------|--------|------|
|                                 | Město / Obec | Ulice    | Č. orientační | Č. popisné | PSČ    | Poř. |
|                                 | Praha 4      | Vídeňská |               | 800        | 140 59 | 1    |

SMLUVNÍ ODBORNOST PRACOVISTĚ

PRACOVISTĚ JE HRAZENO FORMOU KKV

|                           |   |   |                                     |
|---------------------------|---|---|-------------------------------------|
| 2                         | 0 | 7 |                                     |
| <input type="radio"/> Ano |   |   | <input checked="" type="radio"/> Ne |

ČASOVÝ ROZVRH POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Nepřetržitý provoz / nepřetržitá dostupnost poskytování péče

Počet dnů poskytování péče v týdnu

Počet hodin poskytování péče v týdnu

☐ Ano

☒ Ne

5

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | 4 | 0 |
|--|---|---|

(zaokrouhleno na celé hodiny)

| ROZVRH HODIN POSKYTOVÁNÍ PÉČE (hh:mm) |       |       |    |    | Pořadí                                | 1 |  |
|---------------------------------------|-------|-------|----|----|---------------------------------------|---|--|
|                                       | od    | do    | od | do | místo provozování                     |   |  |
| Pondělí                               | 08:00 | 16:00 |    |    | TN,Vídeňská 800, 14059,P4, pavilon.G2 |   |  |
| Úterý                                 | 08:00 | 16:00 |    |    | TN,Vídeňská 800, 14059,P4, pavilon.G2 |   |  |
| Středa                                | 08:00 | 16:00 |    |    | TN,Vídeňská 800, 14059,P4, pavilon.G2 |   |  |
| Čtvrtek                               | 08:00 | 16:00 |    |    | TN,Vídeňská 800, 14059,P4, pavilon.G2 |   |  |
| Pátek                                 | 08:00 | 16:00 |    |    | TN,Vídeňská 800, 14059,P4, pavilon.G2 |   |  |
| Sobota                                |       |       |    |    |                                       |   |  |
| Neděle                                |       |       |    |    |                                       |   |  |

VEDOUCÍ PRACOVIŠTĚ

Příjmení, jméno, titul [redacted] [redacted] [redacted]

Rodné číslo [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] bez lomítka

| Kategorie pracovníka | Typ pracovníka | Datum od | Datum do   | Kapacita pracovníka |
|----------------------|----------------|----------|------------|---------------------|
| L3                   | X              | 1.6.2013 | 31.12.2029 | 32,00               |

Funkční licence [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]

KVALIFIKACE VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ – LÉKAŘE

|  |            |
|--|------------|
| Rozhodnutí MZ ČR o získání specializované způsobilosti v oboru |            |
| Atestace v oboru   | [redacted] |
| Funkční licence k výkonu odborných a diagnostických metod      |            |
| Jiná speciální odborná způsobilost                             | [redacted] |

KVALIFIKACE VEDOUCÍHO PRACOVIŠTĚ – NELÉKAŘE (VNP, JOP nebo NLZP)

|  |  |
|--|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o přiznání způsobilosti k výkonu odpovídajícího zdravotnického povolání |  |
| Osvědčení MZ ČR k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru           |  |
| Odborná způsobilost v oboru  |  |
| Specializovaná způsobilost v oboru   |  |
| Zvláštní odborná způsobilost v oboru   |  |
| Jiná speciální odborná způsobilost   |  |

ROZVRH HODIN POSKYTOVÁNÍ PÉČE (hh:mm)

|         | od    | do    | od | do |
|---------|-------|-------|----|----|
| Pondělí | 08:00 | 14:30 |    |    |
| Úterý   | 08:00 | 14:30 |    |    |
| Středa  | 08:00 | 14:30 |    |    |
| Čtvrtek | 08:00 | 14:30 |    |    |
| Pátek   | 08:00 | 14:00 |    |    |
| Sobota  |       |       |    |    |
| Neděle  |       |       |    |    |

DOBA OBVYKLÉ PŘÍTOMNOSTI VEDOUCÍHO PRACOVNÍKA NA PRACOVIŠTI

Počet dnů v týdnu [redacted] 5  
Počet hodin v týdnu [redacted] [redacted] 3 2 (zaokrouhleno na celé hodiny)

DOKLAD O STATUTU LÉKAŘE ŠKOLITELE

|   |  |
|---|--|
| Rozhodnutí MZ ČR o udělení akreditace v oboru |  |
| Platnost od                                   |  |
| Platnost do                                   |  |

SOUČET KAPACIT ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVÍŠTI

(dle kategorie - včetně vedoucího pracoviště)

| Skupina  | Kategorie pracovníka |  | Kapacita |
|--|----------------------|--|----------|
| Lékaři   | L3                   | Lékař se specializovanou způsobilostí nebo se zvláštní odbornou způsobilostí   | 40,00    |
|  | L2                   | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene. Symbol L2 se použije také u lékařů, kteří doposud nesplňují podmínky absolvování základního kmene, avšak nejpozději do 31. 12. 2007 byli zařazeni do specializačního vzdělávání | 0,00     |
|  | L1                   | Lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání  | 0,00     |
| VNP<br>(klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut) | K3                   | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí, nebo se zvláštní odbornou způsobilostí, příp. s další specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu a po prokázání zvláštní odborné způsobilosti.                    | 0,00     |
|  | K2                   | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním se specializovanou způsobilostí. Fyzioterapeut s Osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.  | 0,00     |
|  | K1                   | Klinický psycholog, klinický logoped s VŠ vzděláním s odbornou způsobilostí k výkonu povolání. Fyzioterapeut i bez VŠ vzdělání nebo s vyšším odborným vzděláním  | 0,00     |
| JOP<br>(jiný VŠ vzdělaný pracovník ve zdr.)                  | J2                   | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se specializačním vzděláním nebo akreditovaným kvalifikačním kurzem se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání  | 0,00     |
|  | J1                   | VŠ vzdělaný pracovník ve zdravotnictví se získanou odbornou způsobilostí v příslušném oboru  | 0,00     |
| NLZP<br>(nelékařský zdravotnický pracovník)                  | S4                   | NLZP s VŠ vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí  | 0,00     |
|  | S3                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí   | 0,00     |
|  | S2                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)   | 40,00    |
|  | S1                   | NLZP způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)   | 0,00     |
|  | SBM                  | NLZP způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem – bez maturity  | 0,00     |
|  | DI                   | Pracovník dopravy – Dispečer   | 0,00     |
|  | DD                   | Pracovník dopravy – Řidič vozidla záchranné služby   | 0,00     |
|  | DZS                  | Pracovník dopravy – Řidič zdravotnického vozidla DRNR  | 0,00     |

KAPACITA POSKYTOVANÉ PÉČE

Maximální počet pacientů,  
kterým může být poskytnuta péče současně

SMLUVENÁ ÚZEMNÍ OBLAST PRO NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBU NEBO PRACOVÍŠTĚ DOPRAVY

(údaj v km, příp. vyjmenovat příslušné obce - pro pracoviště dopravy rozsah v režimu místní přepravy)

ÚZEMNÍ OBLAST GARANTOVANÁ POSKYTOVATELEM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

(kromě lékařů registrovaných pojišťence)

Příslušný okres

Další okresy

Kraj

Česká republika

☐ Ano

☒ Ne

☐ Ano

☒ Ne

☒ Ano

☐ Ne

☐ Ano

☒ Ne

(dle sídla SZZ)

(příp. jmenovitě vypsát)

(příp. jmenovitě vypsát)

Seznam okresů a krajů

|  |              |     |
|--|--------------|-----|
|  | Název        | Kód |
|  | Hl. m. Praha | 010 |

**NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA**

(pouze domácí péče, fyzioterapie nebo porodní asistentky, popř. PL)

| Nasmlouvaný kód dopravy |       |  |  |  | Smluvní ohodnocení výkonu dopravy |            |  |        |  |
|-------------------------|-------|--|--|--|-----------------------------------|------------|--|--------|--|
| Kód                     | Název |  |  |  | Sazba                             | Počet bodů |  | Paušál |  |

**SEZNAM PRACOVNÍKŮ POSKYTUJÍCÍCH PÉČI NA PRACOVÍŠTI (seznam č.1)**

| s. 1 | Rodné číslo (bez lomítka) | Příjmení | Jméno | Titul | Kat. prac | Typ prac | Datum od  | Datum do   | Kapa cita | Fun. lic.1 | Fun. lic.2 | Fun. lic.3 | Fun. lic.4 | Fun. lic.5 | Fun. lic.6 | Fun. lic.7 | Fun. lic.8 | Fun. lic.9 | Fun. li.10 |
|------|---------------------------|----------|-------|-------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|      | 0000000000                |          |       |       | S2        | O        | 1.1.2010  | 31.12.2029 | 40,00     |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |
|      | 0000000000                |          |       |       | L3        | O        | 1.10.2024 | 31.12.2029 | 8,00      |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |

**SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – 1. základní soubor výkonů (seznam č. 2a)**

| s. 2a | Kód výkonu | Název výkonu | Datum od | Datum do |
|-------|------------|--------------|----------|----------|
|-------|------------|--------------|----------|----------|

**SEZNAM NASMLOUVANÝCH KÓDŮ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ – 2. další výkony (seznam č. 2b)**

| s.2b | Kód výkonu | Název výkonu  | Datum od | Datum do   |
|------|------------|---|----------|------------|
|      | 0 9 1 1 1  | ODBĚR KAPILÁRNÍ KRVE  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 1 1 5  | ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU JINÉHO NEŽ KREV NA KVANTITATIVNÍ BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ                                     | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 1 1 7  | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DÍTĚTE DO 10 LET   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 1 1 9  | ODBĚR KRVE ZE ŽÍLY U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 1 3 3  | SEDIMENTACE ERYTHROCYTŮ   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 1 3  | NEODKLADNÁ KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE ZÁKLADNÍ Á 10 MINUT   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 1 5  | INJEKCE I. M., S. C., I. D.   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 1 7  | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 1 9  | INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 2 0  | KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 2 1  | INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 2 3  | INTRAVENÓZNÍ INFÚZE U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 2 7  | I. V. APLIKACE KRVE NEBO KREVNÍCH DERIVÁTŮ  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 2 3 7  | OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM^2   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 0 7  | PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 0 9  | OŠETŘENÍ HANDICAPOVANÉHO PACIENTA   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 1 1  | MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 1 3  | TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 2 3  | EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 2 5  | ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 3 2  | VÝKON PROHLÍDKY DISPENZARIZOVANÉ OSOBY  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 4 1  | APLIKACE LÉČIVA DO PORTU A PRŮPLACH PORTU   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 4 3  | SIGNÁLNÍ VÝKON KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ / DO 31.12.2014: REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN                     | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 5 0  | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O POTŘEBĚ OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE)                   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 5 1  | INFORMACE O VYDÁNÍ ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO ROZHODNUTÍ O UKONČENÍ POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ (PÉČE) | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 5 5  | OŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 5 6  | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 6 DO 12 LET  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 5 7  | OŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 12 LET DO 18 LET   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 6 1  | VYBAVENÍ PACIENTA PRO PÉČI MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 6 7  | ZÁKROK NA LEVÉ STRANĚ   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 6 9  | ZÁKROK NA PRAVÉ STRANĚ  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|      | 0 9 5 7 2  | VÍCEČETNÝ ZÁKROK  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |

|  |   |   |   |   |   |   |          |            |
|--|---|---|---|---|---|---|----------|------------|
|  | 2 | 5 | 1 | 3 | 3 | APLIKACE SPECIFICKÉHO NEBO NESPECIFICKÉHO BRONCHOPROVOKAČNÍHO PODNĚTU | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 5 | 1 | 3 | 5 | APLIKACE BRONCHODILATANCIA  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 5 | 2 | 3 | 0 | APLIKACE SPECIFICKÉHO NEBO NESPECIFICKÉHO NAZÁLNÍHO PODNĚTU           | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 5 | 2 | 3 | 5 | INHALAČNÍ AEROSOLOVÁ LÉČBA  | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 0 | 2 | 1 | KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ ALERGOLOGEM A KLINICKÝM IMUNOLOGEM                | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 0 | 2 | 2 | CÍLENÉ VYŠETŘENÍ ALERGOLOGEM A KLINICKÝM IMUNOLOGEM                   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 0 | 2 | 3 | KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ ALERGOLOGEM A KLINICKÝM IMUNOLOGEM                | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 1 | 0 | 1 | KVANTITATIVNÍ STANOVENÍ OXIDU DUSNATÉHO VE VYDECHOVANÉM VZDUCHU       | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 2 | 0 | 5 | SPECIFICKÁ IMUNOTERAPIE ALERGENEM                                     | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 2 | 1 | 0 | KOŽNÍ TEST ALERGENEM INTRADERMÁLNÍ                                    | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 2 | 2 | 0 | INTRADERMÁLNÍ TEST JINÝ   | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 2 | 3 | 0 | EXPOZIČNÍ TEST NATIVNÍ POTRAVINOU                                     | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|  | 2 | 7 | 2 | 4 | 0 | KOŽNÍ TEST ALERGENEM - PRICK TEST                                     | 1.1.2025 | 31.12.2029 |

| SEZNAM ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 3) |            |  |                            |               |               |         |             |          |            |
|---|------------|--|----------------------------|---------------|---------------|---------|-------------|----------|------------|
| s. 3  | Kód ZTV    | Název dle ZP                                       | Souhrnný název pro skupinu | Výrobní číslo | Počet přístř. | Výrobce | Název od ZZ | Datum od | Datum do   |
|   | 0000000227 | Inhalator terapeuticky                             |                            | 210013-       | 1             | Jäger   |             | 1.1.2025 | 31.12.2029 |
|   | 0000000228 | Inhalátor testovací - cena dle reg. listu 60 000,- |                            | 210013-       | 1             | Jäger   |             | 1.1.2025 | 31.12.2029 |

| SEZNAM SPECIÁLNÍHO VYBAVENÍ PRO PROVEDENÍ NASMLOUVANÝCH VÝKONŮ (seznam č. 4) |                |            |          |          |
|--|----------------|------------|----------|----------|
| s. 4   | Název vybavení | Počet kusů | Datum od | Datum do |

| SEZNAM SMLUVNÍCH SPECIFICKÝCH POLOŽEK (seznam č. 7) |         |     |       |              |          |          |
|---|---------|-----|-------|--------------|----------|----------|
| s. 7  | Skupina | Kód | Název | Smluvní cena | Datum od | Datum do |

NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY  
(pouze pracoviště DZS, ZZS a pro převozy na pitvu a z pitvy)

| Nasmlovaný kód dopravy |       |  | Smluvní ohodnocení výkonu dopravy |            |        |
|------------------------|-------|--|-----------------------------------|------------|--------|
| Kód                    | Název |  | Sazba                             | Počet bodů | Paušál |

| SEZNAM ZDRAVOTNICKÝCH VOZIDEL DLE KATEGORIE STANDARDNÍHO VYBAVENÍ<br>PRO NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY (seznam č. 5) |                             |              |              |              |              |              |              |              |                |          |          |
|---|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|----------|----------|
| s.5   | Registrační značka<br>(SPZ) | A<br>(1,x,X) | B<br>(1,x,X) | C<br>(1,x,X) | D<br>(1,x,X) | E<br>(1,x,X) | F<br>(1,x,X) | G<br>(1,x,X) | Tovární značka | Datum od | Datum do |

**SUMÁŘ ZDRAVOTNICKÝCH VOZIDEL DLE KATEGORIE STANDARDNÍHO VYBAVENÍ PRO  
NASMLOUVANÉ KÓDY DOPRAVY – nevyplňuje ZZ**

| Skupina | Název   | Celkem |  |  |          |
|---------|---|--------|--|--|----------|
| A       | pro přepravu zdravotnických odborníků, krve a krevních derivátů |        |  |  | 0        |
| B       | pro dopravu raněných, nemocných a rodiček                       |        |  |  | 0        |
| C       | pro rychlou zdravotnickou pomoc bez lékaře (RZP)                |        |  |  | 0        |
| D       | pro rychlou lékařskou pomoc (RLP)                               |        |  |  | 0        |
| E       | pro RLP v setkávacím režimu ( tzv. rendez - vous) systém        |        |  |  | 0        |
| F       | pro přepravu nedonošených novorozenců                           |        |  |  | 0        |
| G       | pro poskytování LSPP  |        |  |  | 0        |
|         | <b>Počet vozidel (SPZ) pro pracoviště celkem</b>                |        |  |  | <b>0</b> |

**SPECIÁLNÍ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ**

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>JINÉ SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ K ZUM</b> |
|                                    |

|   |
|---|
| <b>DALŠÍ UJEDNÁNÍ</b>   |
| <p>Příloha č. 2 k nové smlouvě s účinností od 1. 1. 2025.<br/>PZS přebírá ze smlouvy č. 1804N004 referenční údaje.</p> <p>Smluvní podmínky k výkonu 27230:<br/>Lékař a sestra jsou přítomni u pacienta po celou dobu testu, jsou vyškoleni k včasné identifikaci systémové reakce a její léčbě.</p> <p>Poskytovatel garantuje, že technický stav přístrojového vybavení je kontrolován a odpovídá platným právním předpisům. Zdravotnické zařízení předloží na vyžádání potřebnou dokumentaci k přístrojovému vybavení.</p> |