

# DODATOK č. 3

## K

# CENNÍKU PLATENÝCH SLUŽIEB

Znenie dodatku účinné od 19. 07. 2021

## Cenník priamo hradených výkonov klientmi spol. Nemocnica AGEL Zlaté Moravce a.s.

Dodatok je vypracovaný v súlade s platnými ustanoveniami a zákonmi NR SR. Dodatkom sa v súlade s novelou Zákona č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia, ktorým sa upravuje výška úhrady poistenca za poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej pohotovostnej služby podľa § 38 ods. 3 Zákona č. 577/2004 Z.z..

V časti E. Ceny rôznych výkonov jednotlivých pracovísk sa upravuje poplatok za prepichnutie ušného laloka a bližšie špecifikuje poplatok za manažment pacienta v ambulancii pri podaní infúznej terapie nasledovne:

### E. Ceny rôznych výkonov jednotlivých pracovísk

Kód položky	Názov položky	Merná jednotka	Jednotková cena bez DPH	DPH	Jednotková cena s DPH
PZPUL	Poplatok za prepichnutie ušného laloka	výkon	8,33 €	20%	10,00 €
APIT	Manažment pacienta na ŠAS	výkon	10,00 €	0%	10,00 €

Z dôvodu zmeny názvu obchodného mena spoločnosti, loga a hlavičkových dokumentov spoločnosti sa upravujú povinné prílohy Cenníka platených služieb, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto dokumentu.

<b>Navrhol námestník pre ekonomiku a financie</b>	<i>Andrea Homolová</i>
<b>Schválený členmi predstavenstva</b>	<i>Mgr. Miroslav Jaška, MPH</i> <i>Ing. Michal Pišoja, MPH</i> <i>Ing. Marta Eckhardtová, MPH</i>
<b>Verzia</b>	1
<b>Spracoval</b>	<i>Ing. Petra Senešiová</i>
<b>Dátum</b>	19. 07. 2021

<b>Podpisový záznam členov predstavenstva:</b>	
<b>Mgr. Miroslav Jaška, MPH</b>	
<b>Ing. Michal Pišoja, MPH</b>	
<b>Ing. Marta Eckhardtová, MPH</b>	

**POTVRDENIE O POSKYTNUTÝCH ZDRAVOTNÝCH VÝKONOCH**

dňa ..... 20.....

**A. Identifikačné údaje klienta (pacienta)**

Meno a priezvisko, titul	
Adresa	
Rodné číslo	
Diagnóza	
Zdravotná poisťovňa	

**B. Identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti**

Poskytovateľ	Nemocnica AGEL Zlaté Moravce a.s.
Lôžkové oddelenie	
Ambulancia	
SVaLZ	

**C. Prehľad poskytnutých výkonov**

Por. číslo	Názov a druh výkonu	Kód výkonu	Počet bodov alebo dní ukončenej hospitalizácie	Cena bodu alebo ukončenej hospitalizácie	Cena celkom v EUR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
<b>Spolu za bodované výkony v EUR</b>					
<b>Spolu za ukončené hospitalizácie v EUR</b>					
<b>K ÚHRADE CELKOM V EUR</b>					

V Zlatých Moravciach, dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Potvrdzujem, že mi boli poskytnuté výkony uvedené v tomto potvrdení.

.....  
podpis klienta (pacienta)

Nemocnica AGEL Zlaté Moravce a.s.

Ul. Bernolákova 4, 953 01 Zlaté Moravce, Tel: +421 376 905 231, Fax: +421 376 425 151, E-mail: sekretariat@nzm.agel.sk,  
nemocnicazlatemoravce.agel.sk, Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri vedenom Okresným súdom Nitra, pod spisovou značkou Sa, vložka  
10512/N, Bankové spojenie: Československá obchodná banka a.s., Číslo účtu: 0125528343/7500, IBAN: SK80 7500 0000 0001 2552 8343,  
BIC: CEKOSKBX, IČO: 50433946, DIČ: 2120326758, IČ DPH: SK7120001372 [www.agel.sk](http://www.agel.sk)

**ŽIADOSŤ O OŠETRENIE A SÚHLAS S ÚHRADOU ZA LEKÁRSKE OŠETRENIE**

dňa ..... 20.....

**A. Identifikačné údaje klienta (pacienta)**

Ja, nižšie podpísaný/á (meno a priezvisko, titul klienta )	
Adresa	
Rodné číslo	
Narodený/á	
Doklad totožnosti (občiansky preukaz)	

**t ý m t o**  
**v ý s l o v n e ž i a d a m**

o lekárske ošetrovanie a súhlasím s úhradou za lekárske ošetrovanie a poskytnuté zdravotnícke výkony v zdravotníckom zariadení spoločnosti Nemocnica AGEL Zlaté Moravce a.s.

O výške úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a spôsobe jej stanovenia som bol podrobne informovaný/á.

**Prehlasujem, že stanovenú úhradu zaplatím vo výške ..... EUR nasledovným spôsobom:**

- a) \* v hotovosti prostredníctvom elektronickej pokladne na oddelení,
- b) \* na základe vystavenej faktúry po skončení hospitalizácie / ošetrovania v termíne jej splatnosti.

V prípade neuhradenia predmetnej čiastky beriem na vedomie, že zdravotnícke zariadenie bude čiastku vymáhať súdnou cestou.

V Zlatých Moravciach, dňa .....

.....  
podpis klienta

\* *Vysvetlenie: vyberte jednu z možností*

## Uznanie záväzku podľa § 558 Občianskeho zákonníka

Nemocnica AGEL Zlaté Moravce, a.s.

Ul. Bernolákova 4, 953 01 Zlaté Moravce

IČO: 50433946, DIČ: 2120326758

IČ DPH: SK7120001372

Tel. č.: 037/6905 111,

Web: <https://nemocnicazlatemoravce.agel.sk/>

Bankové spojenie: Československá obchodná banka a. s.,

IBAN: SK80 7500 0000 0001 2552 8343

Meno a priezvisko dlžníka (pacienta): .....

Adresa trvalého bydliska (pacienta): .....

Dátum narodenia (pacienta): ..... Rodné číslo (pacienta): .....

Výška dlhu v EUR: ..... Podpis pacienta: .....

Meno a priezvisko zamestnanca / lekára, ktorý doklad vystavil: .....

Podpis a pečiatka zamestnanca: .....

Prosíme, uhradte vyššie uvedenú čiastku pod nami zadaným variabilným symbolom (rodné číslo) **na číslo účtu SK80 7500 0000 0001 2552 8343** alebo elektronickej pokladni oddelenia spoločnosti Nemocnica AGEL Zlaté Moravce a.s. do 14 dní od vystavenia tohto dokladu.

**Upozornenie:**

**V prípade, že uznaný záväzok nebude uhradený do 14 dní od vystavenia tohto dokladu, veriteľ si bude nárokovať výšku dlhu zvýšenú o administratívny poplatok.**