ZMLUVA O POSKYTOVANÍ PRACOVNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY A ZABEZPEČENÍ VÝKONU LEKÁRSKYCH PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK VO VZŤAHU K PRÁCI Č. 4/2021/PZS_LPP

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:	**Obec Hradište pod Vrátnom**
Sídlo:	Hradište pod Vrátnom 80, 906 12 Hradište pod Vrátnom
IČO:	00 309 559

(ďalej len „**Objednávateľ**")

a

Poskytovateľ:

Obchodné meno:	**AGEL Clinic s. r. o.**
Sídlo:	Jelačičová 8, 821 08 Bratislava
IČO:	45 725 381
Zápis:	Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sro, vl. č.: 67582/B
IČ DPH:	SK7120001372

(ďalej len „**Poskytovateľ**")

(Objednávateľ a Poskytovateľ spoločne ďalej len „**Zmluvné strany**" a jednotlivo 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 lekárskych preventívnych 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 906 12 Hradište pod Vrátnom č.80.

2.3 Poskytovateľ bude poskytovať Služby LPP v mieste plnenia 906 12 Hradište pod Vrátnom č.80.

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 štvrťroka, 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 Zmluvné strany súhlasia so zasielaním faktúr, ktoré budú vystavené na základe tejto Zmluvy, v elektronickom formáte, a to vo formáte .pdf alebo v inom, vzájomne dohodnutom formáte. V zmysle § 71 ods. 1 písm. a) zákona o DPH je faktúrou každý doklad alebo oznámenie, ktoré je vyhotovené v listinnej forme alebo elektronickej forme podľa tohto zákona.

3.5 Zmluvná strana vystavujúca faktúru je povinná na faktúre uvádzať číslo objednávky alebo číslo Zmluvy, ktoré jej bolo oznámené príjemcom faktúry.

3.6 Zmluvná strana vystavujúca faktúru nie je oprávnená do už vystavenej a odoslanej elektronickej faktúry zasahovať ani meniť jej obsah. Ak faktúra nemá zákonné alebo dohodnuté náležitosti alebo obsahuje iné chyby, je Zmluvná strana vystavujúca faktúru povinná ju na žiadosť druhej Zmluvnej strany opraviť a vystaviť opravenú faktúru, pričom dohodnutá lehota splatnosti plynie v takom prípade až odo dňa doručenia opravenej faktúry.

3.7 Zmluvná strana vystavujúca faktúru je povinná odoslať elektronickú faktúru z emailovej adresy: faktury@agc.agel.sk na emailovú adresu príjemcu faktúry: obec@hradistepodvratnom.sk. Zmluvné strany sú oprávnené zmeniť uvedené emailové adresy len na základe písomného oznámenia doručeného druhej Zmluvnej strane, s uvedením novej emailovej adresy, a to s účinnosťou odo dňa doručenia oznámenia alebo neskoršieho dňa uvedeného v oznámení.

3.8 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 pre PZS**:

pzs@nsi.agel.sk, alebo na telefónnych číslach 034 6969 317

b) Kontaktná osoba **Poskytovateľa pre LPP**:

pzs@nsi.agel.sk, alebo na telefónnych číslach 034 6969 317

c) Kontaktná osoba **Objednávateľa**:

Ing. Lukáš Piroha

Tel. kontakt: 034/6581238

E - mail: obec@hradistepodvratnom.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 aktuálne platným Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o náplni lekárskych preventívnych prehliadok vo vzťahu k práci č, resp. v súlade s príslušnými neskoršími predpismi, pokiaľ pracovný lekár Poskytovateľa na základe vyhodnotenia zdravotných rizík Objednávateľa neurčí inak.

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

a) prostredníctvom hromadného formulára, ktorý tvorí prílohu č. 4 tejto Zmluvy, zaslaného emailom Poskytovateľovi, minimálne 3 pracovné dni vopred, alebo

b) vyplnením individuálneho lekárskeho posudku pre konkrétneho zamestnanca, ktorý tvorí prílohu č. 5 tejto Zmluvy, zaslaného emailom Poskytovateľovi, minimálne 3 pracovné dni vopred.

Poskytovateľ požiadavku podľa bodu 4.3 tejto Zmluvy, 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 vykonanie Služby LPP zrušiť, a to najmenej 48 hodín pred jej vykonaním, oznámením na:

a) pzs@nsi.agel.sk, alebo na telefónnych číslach 034 6969 317.

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 bodu 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 tromi vyhotoveniami tlačiva „Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu", ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 5 tejto Zmluvy a s jedným vyplneným tlačivom „Dotazník zamestnanca" ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 6 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 zaviazať 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 odo dňa účinnosti tejto Zmluvy,

b) účel spracúvania osobných údajov: vykonávanie pracovnej zdravotnej služby,

c) 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 bode 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 bodu 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 a účinnosť dňom jej podpisu oboma Zmluvnými stranami.

7.2 Táto Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.

7.3 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

Zmluvu možno meniť pod sankciou neplatnosti len po vzájomnej dohode Zmluvných strán formou priebežne číslovaného písomného dodatku podpísaného všetkými Zmluvnými stranami. Uvedené neplatí pre prílohy č. 1, 4, 5, 6 a bodu č.4.3 tejto Zmluvy, na ktorých zmenu postačuje písomné oznámenie Poskytovateľa riadne doručené Objednávateľovi.

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 Banskej dňa 30.11.2021

V Hradišti pod Vrátnom dňa 28.12.2021

AGEL Clinic s. r. o.

Obec Hradište pod Vrátnom

lek. Waldemar Krzysztof Kmiecik, MPH, MSc.
konateľ

Ing. Lukáš Piroha
starosta obce

MUDr. Jakub Rybár
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.
Žiadosti 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

DOHĽAD NAD PRÁCOU A PRACOVNÝM PROSTREDÍM	
Služba	**Cena**
Vstupné a opakované posúdenie zdravotného rizika z expozície faktorom práce a pracovného prostredia. Vypracovanie dokumentácie z dohľadu nad prácou a pracovným prostredím. Vypracovanie kategorizácie prác z hľadiska zdravotného rizika v zmysle písm. b), c) a d). ods. 1 zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. Vypracovanie náplne a periodicity lekárskych preventívnych prehliadok vo vzťahu k práci.	30,00 €/štvrťrok
Obhliadka pracoviska (prítomnosť na pracovisku)	20,00 €
Cestovné náklady	0,50 €/ km
Vypracovanie / aktualizácia prevádzkových poriadkov pre identifikované faktory práce a pracovného prostredia v zmysle zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. a vykonávacích predpisov.	180,00 €

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

PRÍLOHA Č. 3

ROZSAH SLUŽIEB LPP A CENOVÁ PONUKA

LEKÁRSKE PREVENTÍVNE PREHLIADKY	
Zdravotné výkony a vyšetrenia	Cena
Základné vyšetrenie s posudkom zdravotnej lekárskej spôsobilosti	25,00 €
EKG	5,00 €
Oftalmologické vyšetrenie	21,00 €
Perimetrické vyšetrenie	7,00 €
ORL vyšetrenie	25,00 €
Audiometrické vyšetrenie	15,00 €
RTG pľúc	15,00 €
Spirometrické vyšetrenie	15,00 €
CRP	5,00 €
Odber krvi (1.skúmavka)	3,00 €
KO+diff.	2,90 €
FW	2,00 €
Kreatinín	3,00 €
ALT	1,30 €
AST	1,30 €
GMT	1,30 €
HDL	2,50 €
Glykémia	2,00 €
Celkový cholesterol	2,20 €
Bilirubín	1,00 €
Moč chemicky	2,00 €
Moč sediment	2,50 €
Kyselina močová	2,70 €

- Ceny sú oslobodené od DPH.
- V prípade potreby doplňujúcich vyšetrení bude cena za poskytnutie ďalších výkonov zdravotnej starostlivosti zameraných na posúdenie zdravotného stavu zamestnancov pre výkon činností v súvislosti s prácou účtovaná v súlade s platným cenníkom spoločnosti AGEL Clinic s.r.o.

PRÍLOHA Č. 4

VZOR – HROMADNÝ FORMULÁR - ŽIADOSŤ O VYKONANIE LEKÁRSKEJ PREVENTÍVNEJ PREHLIADKY

Meno a priezvisko	Dátum narodenia	Osobné číslo	Trvalý pobyt	Pracovisko	Profesia	Druh prehliadky
						Chemické faktory
						Senzibilizujúce chemické faktory
						Chemické faktory-pevné aerosóly
						Hluk
						Vibrácie
						Karcinogénne a mutagénne faktory
						Ionizujúce žiarenie
						Elektromagnetické pole
						Umelé opt. žiarenie - Ultrafialové
						Umelé opt. žiarenie - Infračervené
						Umelé opt. žiarenie - Lasery
						Intenzívne pulzné svetlo
						Biologické faktory
						Zvýšený tlak vzduchu
						Fyzická záťaž
						Psychická pracovná záťaž
						Záťaž teplom
						Záťaž chladom
						Práca so zobrazovacími jednotkami
						Obsluha motorových vozíkov
						Práca vo výške pomocou špeciálnej horolezeckej. a speleologickej techniky
						Montáž a demontáž lešenia (lešenár)
						Elektrotechnik, samostatný elektrotechnik a elektrotechnik na riadenie činností alebo na riadenie prevádzky na vyhradených technických zariadeniach elektrických
						Oprava VTZ plynových s vysokou mierou ohrozenia (skup. A) pracujúcich s nebezpečnými plynmi
						Oprava kotla I - V. triedy, oprava potrubného vedenia s médiom para, horúca voda alebo vzduch
						Činnosť revízneho technika VTZ plynových
						Činnosť revízneho technika VTZ tlakových
						Činnosť revízneho technika VTZ zdvihacích
						Činnosť revízneho technika VTZ elektrických
						Obsluha pohyb. prac. plošiny na podvozku s mot. pohonom, ktorá je určená na prevádzku na pozem. komunikáciách s výškou zdvihu nad 1,5
						Obsluha VTZ plynových s vysokou mierou ohrozenia (skup. A) pracujúcich s nebezpečnými plynmi okrem zariadení určených na zásob. plynom z kovových tlakových nádob stabilných alebo z kovových tlak. nádob na dopravu plynov
						Nočná práca
						Zváračské práce
						Práca vo výškach
						Viazanie bremien
						Obsluha mobil. žeriava výložníkového typu a veľového výložníkového žeriava
						Práca s bremenami
						Obsluha kotla I. - V. triedy
						Časový harmonogram

Zamestnávateľ
Sídlo
IČO

PRÍLOHA Č. 5

VZOR – LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA PRÁCU

AGEL Clinic s.r.o. Jelačičová 8, 821 08 Bratislava, IČO: 45 725 381

AGELPZS

Evidenčné číslo posudku:	

Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu

Meno a priezvisko:		**Zamestnávateľ:**	
Dátum narodenia		**Sídlo:**	
Osobné číslo:		**IČO:**	
Trvalý pobyt		**Užívateľský zamestnávateľ**	
		Pracovisko:	
		Profesia - pracovná činnosť:	

Druh Prehliadky	☐	Pred začatím výkonu práce (vstupná)	☐	Pri skončení pracovného pomeru (výstupná)	
	☐	V súvislosti s výkonom práce (periodická)	☐	Po skončení pracovného pomeru (následná)	
	☐	Po dlhodobej PN (mimoriadna)	☐	Pred zmenou pracovného zaradenia	☐ Iná:

Exp. fakt. prac. prostredia:	Kategória	Exp. fakt. prac. prostredia:	Kategória	Exp. fakt. prac. prostredia:	Kategória
Chemické faktory		Ionizujúce žiarenie		Biologické faktory	
Senzibilizujúce chemické faktory		Elektromagnetické pole		Zvýšený tlak vzduchu	
Chemické faktory - pevné aerosóly		Umelé opt. žiarenie - Ultrafialové		Fyzická záťaž	
Hluk		Umelé opt. žiarenie - Infračervené		Psychická pracovná záťaž	
Vibrácie		Umelé opt. žiarenie - Lasery		Záťaž teplom	
Karcinogénne a mutagénne faktory		Intenzívne pulzné svetlo		Záťaž chladom	

Pracovné činnosti s osobitnou zdravotnou spôsobilosťou			
☐	Práca so zobrazovacími jednotkami	☐	Nočná práca
☐	Obsluha motorových vozíkov	☐	Zváračské práce
☐	Práca vo výške pomocou špeciálnej horolezeckej. a speleologickej techniky	☐	Práca vo výškach
☐	Montáž a demontáž lešenia (lešenár)	☐	Viazanie bremien
☐	Elektrotechnik, samostatný elektrotechnik a elektrotechnik na riadenie činností alebo na riadenie prevádzky na vyhradených technických zariadeniach elektrických	☐	Obsluha mobil. žeriava výložníkového typu a vežového výložníkového žeriava
☐	Oprava VTZ plynových s vysokou mierou ohrozenia (skup. A) pracujúcich s nebezpečnými plynmi	☐	Práca s bremenami
☐	Oprava kotla I - V. triedy, oprava potrubného vedenia s médiom para, horúca voda alebo vzduch	☐	Obsluha kotla I. - V. triedy
☐	Činnosť revízneho technika VTZ - ☐ plynových, ☐ tlakových, ☐ zdvíhacích, ☐ elektrických		
☐	Obsluha pohyb. prac. plošiny na podvozku s mot. pohonom, ktorá je určená na prevádzku na pozem. komunikáciách s výškou zdvihu nad 1,5		
☐	Obsluha VTZ plynových s vysokou mierou ohrozenia (skup. A) pracujúcich s nebezpečnými plynmi okrem zariadení určených na zásob. plynom z kovových tlakových nádob stabilných alebo z kovových tlak. nádob na dopravu plynov (tlak. stanice) a zariadení určených na rozvod plynov		
☐	Iné podľa osobitných predpisov (prosíme doplniť):		

Záver posudku

☐	**Spôsobilý na výkon posudzovanej práce**
☐	**Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením** ..... (uviesť prac. operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a prac. prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)
☐	**Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce**

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

REV: 09/2021

PRÍLOHA Č. 6

AGELPZS

DOTAZNÍK ZAMESTNANCA **zo dňa** .....

Vyplňte prosím čitateľne paličkovým písmom

Priezvisko , meno, titul:	Rodné číslo:	Trvalé bydlisko:
Telefónny kontakt:	Zamestnávateľ:	
Súčasné pracovné zaradenie, rizikový faktor:		
Adresa a meno ošetrujúceho všeobecného lekára pre dospelých - kontakt:		

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

- nádorové ochorenie
- cukrovka
- vysoký krvný tlak
- zápaly 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 zápaly ucha, zhoršený sluch, alebo vrodené ochorenie sluchu
- cukrovka
- vysoký krvný tlak
- ochorenie močových ciest- zápaly , kamene
- ochorenie tráviaceho systému- vrodené ochorenie, pálenie žáhy, hnačky/ zápchy
- ochorenie pohybového aparátu- bolesti kĺbov, bloky chrbtice, skolióza
- ochorenie pečene, žlčových ciest
- zápaly žíl
- ochorenie štítnej žľazy
- psychiatrické ochorenie
- infekčné ochorenie- infekčná mononukleóza, hepatitída, salmonelóza, pohlavné ochorenia
- opakované zápaly priedušiek, zápaly pľúc, astma
- srdcový infarkt alebo iné srdcové ochorenie

AGEL Clinic s. r. o.
Jelačičova 8, 821 08 Bratislava, Korešpondenčná adresa: Palisády 56, 811 06 Bratislava, Tel: +421 911 926 661, +421 905 213 053
E-mail: info@agelclinic.sk, www.agelclinic.sk
Spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sro, vložka č. 67582/B, Bankové spojenie: Československá obchodná banka a.s., Korporátna pobočka Bratislava I., Číslo účtu: 0125529223/7500, IBAN: SK85 7500 0000 0001 2552 9223, BIC: CEKOSKBX, IČO: 45725381, DIČ: 2023121496, IČ DPH: SK7120001372, www. agelclinic.sk

AGELPZS

- 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?	

AGELPZS

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 tŕpnutie 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?	

AGELPZS

31. Mali/a ste niekedy priznanú zmenenú pracovné 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 MEDI RELAX M+M 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 lekárskych preventívnych prehliadok vo vzťahu k prác u lekára pracovnej zdravotnej služby. Svojim podpisom vyjadrujem súhlas s použitím mojich osobných údajov k ich technickému spracovaniu pre potreby daného zdravotníckeho zariadenia.

Dátum: ..... **Podpis zamestnanca:** .....