

**MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR
KOMISE PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA**

**Žádost o udělení statutu screeningového pracoviště pro
screening karcinomu děložního hrdla**

Poskytovatel zdravotních služeb

.....

Pracoviště

.....

Úplná adresa

.....

IČZ

.....

IČ

.....

Statutární orgán

.....

Žádám o udělení statutu screeningového pracoviště pro screening karcinomu děložního hrdla.

Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že:

1. všechny údaje uvedené v žádosti a na akreditačních formulářích jsou pravdivé
2. dodržím všechny podmínky a kritéria, každou změnu oznámím Ministerstvu zdravotnictví nebo jinému zřizovateli a zdravotním pojišťovnám a umožním kontrolu jejich plnění

Dále se zavazuji, že

- zajistím sběr a předávání údajů o screeningovém procesu pro centrální zpracování v souladu s metodikou vydanou Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR,
- souhlasím s tím, aby Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR poskytl údaje, které vede v Národním zdravotnickém informačním systému o poskytovateli zdravotních služeb, jehož jsem statutárním orgánem, MZ ČR za účelem hodnocení této žádosti, či kontrolu plnění podmínek dle Výzvy v budoucnu,
- souhlasím s tím, aby Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity poskytl souhrnné statistické informace o činnosti poskytovatele zdravotních služeb, jehož jsem statutárním orgánem, MZ ČR za účelem hodnocení této žádosti, či kontrolu plnění podmínek dle Výzvy v budoucnu.

Podpis statutárního orgánu a razítko PZS

V.....dne

Vyplněnou a podepsanou žádost zašlete na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor zdravotní péče, Komise pro screening karcinomu děložního hrdla, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2.