

**Ministerstvo zdravotnictví ČR – Komise pro schvalování pracovišť pro časný záchyt karcinomu plic**

**Žádost o vydání osvědčení o zařazení do Pilotního programu  
časného záchytu karcinomu plic**

Poskytovatel zdravotních služeb

.....

Pracoviště

.....

Úplná adresa

.....

.....

IČZ

IČ

.....

.....

Statutární zástupce

.....

**Žádám o vydání osvědčení o zařazení do Pilotního programu časného záchytu karcinomu plic.**

Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že všechny údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé. Dále se zavazuji, že

- umožním na vyžádání zástupcům Komise pro schvalování pracovišť pro časný záchyt karcinomu plic provést kontrolu splnění podmínek k provádění Pilotního programu časného záchytu karcinomu plic,
- zajistím dodržování všech podmínek a kritérií podle Věstníku MZ ČR, konkrétně
  - Národní radiologické standardy a indikační kritéria – Vyšetření výpočetní tomografií v rámci pilotního programu časného záchytu karcinomu plic,
  - Podmínky akreditace CT pracovišť pro Populační pilotní program časného záchytu karcinomu plic,
- v případě zařazení do programu beru na vědomí, že budu vyzván Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR ke splnění mé povinnosti, jako zpravodajské jednotky, k zajištění Sledování a vyhodnocení programu časného záchytu karcinomu plic - statistického zjišťování (datového auditu) dle ustanovení § 72 odst. 1 písm. j) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů - v rozsahu podmínek

definovaných ve Věstníku MZ ČR a poskytnu součinnost k zajištění technických požadavků na provedení datového auditu na mém pracovišti,

- souhlasím s tím a žádám, aby Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR poskytl údaje, které vede v Národním zdravotnickém informačním systému o poskytovateli zdravotních služeb, jehož jsem statutárním zástupcem, Komisi pro schvalování pracovišť pro časný záchyt karcinomu plic MZ ČR za účelem hodnocení této žádosti, či kontrolu plnění podmínek dle Věstníku MZ ČR v budoucnu,
- souhlasím s využitím údajů zdravotních pojišťoven o počtech prováděných vyšetření pro potřeby kontroly činnosti pracoviště.

Podpis statutárního zástupce a razítko PZS

V..... dne .....

Vyplněnou a podepsanou žádost zašlete nejpozději do 31. srpna 2021 včetně na adresu:  
Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor zdravotní péče  
Komise pro schvalování pracovišť pro časný záchyt karcinomu plic  
Palackého nám. 4  
128 01 Praha 2