

**ZMLUVA O POSKYTOVANÍ PRACOVNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY A ZABEZPEČENÍ  
VÝKONU LEKÁRSKÝCH PREVENTÍVNYCH PREHLIADOK VO VZŤAHU K PRÁCI Č.  
3/2023/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 Farná**  
Sídlo: 935 66 Farná č. 462  
IČO: 00 306 941  
DPH: 2021023554

(ďalej len „Objednávateľ“)

a

Poskytovateľ:

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

(ďalej len „Poskytovateľ“)

(Objednávateľ a Poskytovateľ spoločne ďalej len „Zmluvné strany“ a jednotlivو 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 lekárskeho preventívneho 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 Obec Farná, 935 66 Farná č. 432.
- 2.3 Poskytovateľ bude poskytovať Služby LPP v jeho zdravotníckych zariadeniach alebo v zdravotníckych zariadeniach zmluvných partnerov.

### **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 mesiaca, 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 elektronickej faktúru z emailovej adresy [faktury@agc.agel.sk](mailto:faktury@agc.agel.sk) na emailovú adresu príjemcu faktúry: [farna@nexta.sk](mailto:farna@nexta.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. Závazok 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:**

Meno: RNDr. Zuzana Brestovanská, MPH  
Tel. kontakt: +421902926 666  
E - mail: [zuzana.brestovanska@agelclinic.sk](mailto:zuzana.brestovanska@agelclinic.sk)

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

[koordinator@agelclinic.sk](mailto:koordinator@agelclinic.sk), alebo na telefónnych číslach +421905213053 alebo +421911926661

c) Kontaktná osoba **Objednávateľa:**

Meno: Vlasta Csomorová  
Tel. kontakt: +421907432880  
E - mail: [csomorova@farna.sk](mailto:csomorova@farna.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 lekárskeho 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 vykonať Službu LPP zrušiť, a to najmenej 48 hodín pred jej vykonaním, oznámením na:

- a) [koordinator@agelclinic.sk](mailto:koordinator@agelclinic.sk), alebo na telefónnych číslach +421905213053 alebo +421911926661.

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) ostatným 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 zaviazat' 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 Prijemca 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 Prijemcu alebo jeho Oprávnených osôb, (b) Prijemca 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 a 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, a 6 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 Bratislave dňa 25.4.2023

AGEL Clinic s. r. o.

Vo Farnej dňa 25.4.2023

Obec Farná

lek. Waldemar Krzysztof Kmieciak, MPH, MSc.  
konateľ

Vlasta Csomorová  
starostka

MUDr. Jakub Rybár  
konateľ



## Číslo spisu

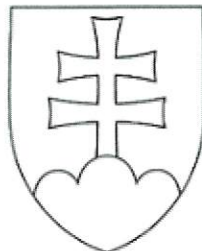
OPPL/4744/102255

Bratislava

08. 07. 2020

## Vybavuje

MUDr. Ludmila 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, doručenu 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 CENNÍK

	Činnosť	Cena v € bez DPH
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obhliadka a posúdenie zdravotného rizika z expozície faktorom práce a pracovného prostredia.</li><li>• Vypracovanie písomného posúdenia</li><li>• Vypracovanie kategorizácie prác z hľadiska zdravotného rizika v zmysle písm. b), c) a d). ods. 1 zákona NR SR č. 355/2007 Z. z.</li><li>• Vypracovanie náplne a periodicity lekárskeho preventívneho prehliadok vo vzťahu k práci.</li></ul>	390,00
2	Vypracovanie prevádzkového poriadku a posudku o riziku pre niektorý z faktorov pracovného prostredia (hluk, chemické látky, atď.) v zmysle zákona NR SR č. 355/2007 Z. z.	320,00
3	Aktualizácia prevádzkového poriadku a posudku o riziku pre niektorý z faktorov pracovného prostredia (hluk, chemické látky, atď.) v zmysle zákona NR SR č. 355/2007 Z. z.	190,00
4	Hodinová sadzba na činnosti mimo bodov 1 – 3	19,50 / hod
5	Objektívizácia niektorého z faktorov pracovného prostredia	Samostatná cenová ponuka podľa rozsahu

## PRÍLOHA Č. 3

### ROZSAH SLUŽIEB LPP A CENNÍK

Vyšetrenie	Cena v € bez DPH
Vyšetrenie lekárom PZS vrátane vystavenia posudku o zdravotnej spôsobilosti na prácu	20,50 €
Posúdenie základného vyšetrenia pracovným lekárom (napríklad pre rizikové práce)	12,00 €
EKG	9,50 €
RTG	18,00 €
Oftalmologické vyšetrenie	22,50 €
Perimetrické vyšetrenie	11,00 €
ORL vyšetrenie	22,50 €
Audiometria	12,50 €
Vyšetrenia vestibulárneho aparátu	7,00 €
Spirometria	12,00 €
Dodatočné posúdenie - napríklad pre doplnenie zdravotnej spôsobilosti	13,00 €
Odber krvi (1.skúmavka)	3,50 €
KO+diff.	3,50 €
FW	2,00 €
Kreatinín	3,00 €
ALT	1,50 €
AST	1,50 €
GMT	1,50 €
Bilirubín	1,30 €
Glykémia	2,00 €
Moč chemicky	1,50 €
Moč sediment	2,50 €
Kyselina močová	2,70 €



## 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	<input type="checkbox"/> Pred začatím výkonu práce (vstupná)	<input type="checkbox"/> Pri skončení pracovného pomeru (výstupná)
	<input type="checkbox"/> V súvislosti s výkonom práce (periodická)	<input type="checkbox"/> Po skončení pracovného pomeru (následná)
	<input type="checkbox"/> Po dlhodobej PN (mimoriadna)	<input type="checkbox"/> Pred zmenou pracovného zaradenia <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Práca so zobrazovacími jednotkami	<input type="checkbox"/> Nočná práca
<input type="checkbox"/> Obsluha motorových vozíkov	<input type="checkbox"/> Zváračské práce
<input type="checkbox"/> Práca vo výške pomocou špeciálnej horolezeckej. a speleologickej techniky	<input type="checkbox"/> Práca vo výškach
<input type="checkbox"/> Montáž a demontáž lešenia (lešenár)	<input type="checkbox"/> Viazanie bremien
<input type="checkbox"/> Elektrotechnik, samostatný elektrotechnik a elektrotechnik na riadenie činností alebo na riadenie prevádzky na vyhradených technických zariadeniach elektrických	<input type="checkbox"/> Obsluha mobil. žeriava výložníkového typu a vežového výložníkového žeriava
<input type="checkbox"/> Oprava VTZ plynových s vysokou mierou ohrozenia (skup. A) pracujúcich s nebezpečnými plynmi	<input type="checkbox"/> Práca s bremenami
<input type="checkbox"/> Oprava kotla I - V. triedy, oprava potrubného vedenia s médiom para, horúca voda alebo vzduch	<input type="checkbox"/> Obsluha kotla I. - V. triedy
<input type="checkbox"/> Činnosť revízneho technika VTZ - <input type="checkbox"/> plynových, <input type="checkbox"/> tlakových, <input type="checkbox"/> zdvíhacích, <input type="checkbox"/> elektrických	
<input type="checkbox"/> Obsluha pohyb. prac. plošiny na podvozku s mot. pohonom, ktorá je určená na prevádzku na pozem. komunikáciách s výškou zdvihu nad 1,5	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Iné podľa osobitných predpisov (prosíme doplniť):	

## Záver posudku

<input type="checkbox"/> Spôsobilý na výkon posudzovanej práce
<input type="checkbox"/> Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením
<input type="checkbox"/> ..... (uviesť prac. operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a prac. prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)
<input type="checkbox"/> Dlhodobu nespôsobilý na výkon posudzovanej práce
Dátum:
..... odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci

**DOTAZNÍK ZAMESTNANCA**

zo dňa .....

Vypĺňte prosím čitateľne paličkovým písmom

Priezvisko , meno, titul:	Rodné číslo:	Trvalé bydlisko:
Telefónny kontakt:		Zamestnávateľ:
Súčasný pracovný zariadenie, rizikový faktor:		
Adresa a meno ošetrojúceho 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:** prekonalí Ste alebo sa liečíte 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 žahy, hnačky/ zápchy
- ochorenie pohybového aparátu- bolesti kĺbov, bloky chrčtice, 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:** AGEL Clinic s. r. o., Preventívne centrum, Ružinovská 10, 820 01 Bratislava

Tel: +421 911 926 661, +421 905 213 053

E-mail: info@agelclinic.sk, [www.agelclinic.sk](http://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](http://www.agelclinic.sk)

- 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 alergií?- 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?	



<p><b>10. Mali/a ste niekedy vážny úraz?</b> Ak áno- kedy, čoho?</p>	
<p><b>11. Bol/a ste niekedy liečený v nemocnici?</b> Ak áno- kedy                      dôvod</p>	
<p><b>12. Pociťujete mravenčenie v prstoch rúk ?</b></p>	
<p><b>13. Pociťujete trpnutie prstov rúk ?</b></p>	
<p><b>14. Mávate bolesti prstov rúk (napr. v noci) ?</b></p>	
<p><b>15. Máte pocit oslabenia citlivosti v prstoch rúk ?</b></p>	
<p><b>16. Máte pocit stuhlosti v prstoch rúk ?</b></p>	
<p><b>17. Pociťujete zníženú obratnosť prstov rúk ?</b></p>	
<p><b>18. Spozorovali ste opuch zápästia ?</b></p>	
<p><b>19. Pozorujete záchvaty blednutia kože prstov rúk?</b></p>	
<p><b>20. pre mužov- Absolvovali ste základnú vojenskú službu?</b> Ak nie, bolo to zo zdravotných príčin?                      Akých?</p>	
<p><b>21. Fajčíte/ fajčil **ste?</b> Ak áno, koľko rokov?/ koľko priemerne denne?</p>	
<p><b>22. Užívate/ užíval ** ste alkoholické nápoje?</b> Ak áno- aký druh, ako často?</p>	
<p><b>23. Užívate/ užíval **ste návykové látky alebo drogy?</b> Ak áno- aký druh, ako často?</p>	
<p><b>24. Ste vodičom motorového vozidla?</b></p>	
<p><b>25. Mávate bolesti hlavy? Migrény?</b></p>	
<p><b>26. Máte/mal ste **niekedy bolesti s chrbticou?</b> Ak áno, aké?</p>	
<p><b>27. Absolvoval/a ste niekedy rehabilitačnú liečbu?</b> Ak áno, uveďte akú a kedy:</p>	
<p><b>28. Ste riadne očkovaný/á proti tetanu?</b> Prípadne rok posledného očkovania:</p>	
<p><b>29. Ste v čiastočnom alebo úplnom invalidnom dôchodku?</b></p>	
<p><b>30. Vykonávali ste niekedy rizikovú prácu? Kategória 3 alebo 4.</b> Ak áno, o aké riziko išlo?</p>	

