

Dodatek č. 1 k rámcové smlouvě o zabezpečení odborného výcviku žáků v Městské nemocnici Ostrava

uzavřená níže uvedeného dne, měsíce a roku, označenými smluvními stranami,

Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace

Sídlo: Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
IČ: 00635162
DIČ: CZ00635162

zřízená usnesením Zastupitelstva Statutárního města Ostravy, Zřizovací listina ve znění usnesení č. 0366/ZM1014/7 ze dne 27. 4. 2011, příspěvková organizace nezapsaná v Obchodním rejstříku; registrace poskytovatele zdravotních služeb rozhodnutím odboru zdravotnictví Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, č.j. MSK 38357/2013 ze dne 11.4.2013 ve znění následných rozhodnutí o registraci

Zastoupena: [REDACTED]

(dále jen „nemocnice“)

a

Název školy: **AHOL – Střední odborná škola, s. r. o.**
Sídlo: Náměstí Jiřího z Poděbrad 301/26, 703 00 Ostrava Vítkovice
IČ: 25379569

Zapsána: *v obchodním rejstříku dne 27. 8. 1997, vedeném u KS v Ostravě, oddíl C vložka 16528*

Zastoupena ve věcech
smluvních: [REDACTED]

Zastoupena ve věcech
[REDACTED]

(dále jen „škola“)

1.

Smluvní strany se dohodly na tomto Dodatku č. 1 k uzavřené Rámcové smlouvě o zabezpečení odborného výcviku žáků v MNO ze dne 12.6.2014, evid. č. PR/247/2014.

2.

Ve článku IV. Práva a povinnosti smluvních stran, v části „Škola se zavazuje“ se doplňuje nový odstavec č. 4 a 5, obsahující tyto formulace:

4. Škola je povinna vybavit žáky odesílané k pracovnělékařské prohlídce řádně vyplněnou Žádostí o provedení pracovnělékařské prohlídky, obsahující určení druhu práce, režimu a pracovních podmínek, ke kterým je posouzení žáka vyžadováno, dle vzoru, který se ke smlouvě připojuje jako příloha č. 6. Škola uloží žákům, aby měli k dispozici a spolu s žádostí předali nemocnici výpis z vlastní zdravotní dokumentace nebo kopii této dokumentace.
5. Žádost o provedení pracovnělékařské prohlídky je objednávkou provedení prohlídky žáka a po provedení podkladem pro účtování – fakturaci ceny poskytnuté služby škole. Škola se zavazuje uhradit cenu vyžádaných a provedených pracovnělékařských prohlídek na základě daňového dokladu poskytovatele, se platností 30 dnů od jeho vystavení.

Městská nemocnice Ostrava
příspěvková organizace

3.

Ve článku IV., části „Škola se zavazuje“ se odstavce č. 4 až 7. Smlouvy, na základě tohoto Dodatku označí jako odstavce č. 6. – 9.

V dalších ustanoveních, tímto Dodatkem nedotčených se smlouva nemění.

Příloha č. 5 – Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k práci

V Ostravě dne 15 -08- 2014
Městská nemocnice Ostrava,
příspěvková organizace

V Ostravě dne 11. 8. 2014
AHOL – Střední odborná škola, s.r.o.

Žádost

Název školy:
Sídlo:
IČ:

ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI

u zaměstnavatele: Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace
Nemocniční 20, 726 80 Ostrava
IČ: 00635162

Škola žádá o provedení

vstupní periodické mimořádné výstupní

lékařské prohlídky a vydání posudku o zdravotní způsobilosti žáka/studenta:

jméno a příjmení:

datum narození:

trvalé bydliště:

kód zdravotní pojišťovny:

druh práce/pracovní zařazení: všeobecná sestra*, ošetřovatel*

Režim a pracovní podmínky

Režim práce: jednosměnný dvousměnný třisměnný/nepřetržitý
Noční práce: NE ANO
Ionizující záření: ANO
Práce ve zdravotnictví: ANO
Činnosti epidemiologicky závažné: ANO

| Druh rizika: | Kategorie práce | | | | |
|---------------------|-----------------|------|----|---|---|
| | 1 | 2 | 2R | 3 | 4 |
| Fyzická zátěž | | ANO | | | |
| Psychická zátěž | | ANO | | | |
| Biologické činitele | | ANO* | * | | |

*Kategorii biologické činitele 2R vyplňte, bude-li žák/student v rámci odborné praxe působit na těchto pracovištích: JIP, operační sály, porodní sál, hemodialýza, chirurgie – st. E, katetrizační sál, OKB, OKH, psychiatrie, pneumologie a fizeologie

V Ostravě dne 6. 8. 2014

.....
jméno a příjmení
zástupce školy, osoby oprávněné k vyžádání posudku

Souhlas žáka/studenta

s tím, že Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace poskytující pracovnílékařské služby předá škole hodnocení jeho způsobilosti zaměstnavance k výkonu práce obsahující osobní údaje a informace o zdravotní způsobilosti, dle shora uvedené žádosti. Souhlas je dán pro všechny úkony v rámci výkonu pracovnílékařských služeb.

.....
jméno a příjmení
student

* nehodí-li se škrtněte