

Dodatek ke smlouvě o poskytování pracovnělékařských služeb

EVS 2014/921/1086

Smluvní strany

Název	PETEROVA-MED s.r.o.
Sídlo	Výletní 1121/24, Brandýs nad Labem 25001
Zapsaný/á	KÚ Středočeského kraje,002067/2009/KUSK
IČO	285 135 41
DIČ	
Zastoupený/á	MUDr. Ivana Čierná Peterová
Bankovní spojení	██████████
Číslo účtu	██████████
Osoba pověřená k jednání	MUDr. Ivana Čierná Peterová
Kontakt na pověřenou osobu	tel. ██████████, E-mail : t ██████████
Kontaktní osoba	██████████ ██████████
Kontakt na kontaktní osobu	tel. číslo – ██████████ E-mail : ██████████

dále jen „Poskytovatel“

a

Název	Lesy České republiky, s. p.
Sídlo	Přemyslova 1106/19, Nový Hradec Králové, 501 68 Hradec Králové
Obchodní rejstřík	KS Hradec Králové, oddíl AXII, vložka 540
IČO	421 964 51
DIČ	CZ 421 964 51
Zastoupený	Ing. Daniel Szórád, Ph.D., generální ředitel
Zastoupený na základě vnitřního předpisu	██████████ Krajské ředitelství LČR, s.p. Brandýs n. Labem
Kontaktní osoba	██████████
Kontakt na kontaktní osobu	Telefon: ██████████ E-mail: ██████████

dále jen „Objednatel“

Obě smluvní strany se dohodly na poskytování pracovně lékařských služeb, uzavřené mezi objednatelem a poskytovatelem dne 31.10.2014 (dále jen „smlouva“) následovně:

Článek I.

Změna následujících bodů výše specifikované smlouvy:

1. Změna názvu objednatele.

Název	Lesy České republiky, s. p.
Sídlo	Přemyslova 1106/19, Nový Hradec Králové, 500 08 Hradec Králové
Obchodní rejstřík	KS Hradec Králové, oddíl AXII, vložka 540
IČO	421 964 51
DIČ	CZ 421 964 51
Zastoupený	Ing. Daniel Szórád, Ph.D., generální ředitel
Zastoupený na základě	██████████ Krajské ředitelství LČR, s.p. Brandýs n.

vnitřního předpisu	Labem
Kontaktní osoba	[REDACTED]
Kontakt na kontaktní osobu	Telefon: [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

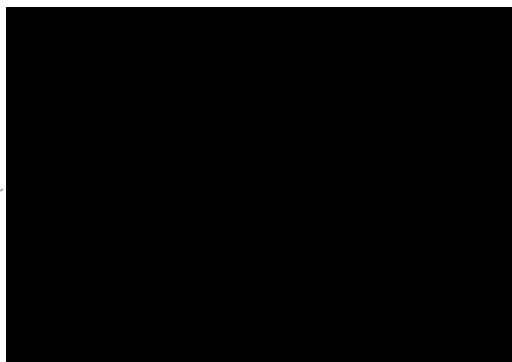
Změna příloh 5 a 7

Přílohy jsou přiloženy k dodatku.

Přílohy:

Příloha č. 5: žádost o posouzení zdravotní způsobilosti

Příloha č. 7: lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k práci



v Bravěcku dne - 5 -01- 2017

A large black rectangular redaction box covering the right side of the page, partially overlapping the date.

ZDRAVOTNÍ ÚSTAV
Název a sídlo

LÉKAŘSKÝ POSUDEK

vydán dle § 42 a §43 zák. č. 373/2011 Sb.
o specifických zdravotních službách ve smyslu vyhl. č. 79/2013 Sb.
o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové
péče

EVIDENČNÍ ČÍSLO:

Příjmení a jméno:		Rodné číslo:	Pojišťovna:
Trvalé bydliště:		Vyšetření provedeno dne:	
Zaměstnavatel: Lesy České republiky s.p., Přemyslova 1106/19, Nový Hradec Králové, 500 08 Hradec Králové, IČO : 42196451 OJ: Název a sídlo		Pracovní zařazení a druh práce:	
Druh prohlídky		Rizikové faktory:	
Režim práce			
Výsledná kategorie práce			

Posudkový závěr:

Posuzovaná osoba je k výkonu práce dle uvedeného pracovního zařazení a uvedených pracovních rizik:

- a) zdravotně způsobilá
- b) zdravotně nezpůsobilá
- c) zdravotně způsobilá s podmínkou
- d) **pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost**
 - 1) nesouvisejících s pracovním úrazem, ohrožení nemocí z povolání
 - 2) z důvodu pracovního úrazu ze dne
 - 3) z důvodu ohrožení nemocí z povolání na základě lékařského posudku kliniky pracovního lékařství ze dne
- e) **termín provedení mimořádné prohlídky**

Datum platnosti posudku:

V

dne

MUDr.

POUČENÍ:

Proti tomuto lékařskému posudku je možno podat podle § 46 odst.1 zákona č.373 / 2011 Sb., o specifických zdravotních službách, návrh na jeho přezkoumání do 10-ti dnů ode dne jeho prokazatelného předání posuzované osobě, nebo osobě, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva, nebo povinnosti. Návrh se podává písemně lékaři, který posudek vydal.

Posuzovaná osoba převzala lékařský posudek dne

podpis odpovědné osoby

Zaměstnavatel lékařský posudek převzal dne

podpis odpovědné osoby

Lesy České republiky s.p., Přemyslova 1106/19, Nový Hradec Králové, 500 08 Hradec Králové,

IČO : 42196451

Organizační jednotka: Název a sídlo OJ

ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI

(Hlava IV, Díl 2, § 53 zák. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách)

Smluvní zařízení pracovnělékařské péče:

(Název zdravotnického zařízení, adresa, jméno lékaře, telefon)

Druh lékařské prohlídky

vstupní

periodická

práce v noci (22.⁰⁰-6.⁰⁰ hodin)

výstupní

mimořádná

Příjmení, jméno, titul :

Datum narození:

Trvalé bydliště :

Zdravotní pojišťovna:

Důvod provedení prohlídky: (nástup, ukončení PP, opakovaná prohlídka, změna pracovní pozice, atd.)

Uchází se o/vykonává pracovní pozici: (název funkce z pracovní smlouvy návazná na kategorizaci)

Druh pracovně právního vztahu: (pracovní poměr, DPP, DPČ)

Režim práce: (fond pracovní doby+ směnný provoz)

Žádáme o posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu práce

	Popis vykonávané práce, např.:	řidič referent
	práce THZ(kancelářské, venkovní)	práce v noci /směnný provoz
	práce s PC	řidič NA do 7,5 t / řidič NA nad 7,5 t
	Manuální práce (četnost)	
	práce s motorovou pilou	

Rizikový faktor	kategorie	Výsledná kategorie
Prach	1	2
Chemické látky a směsi	1	
Hluk	1	
Vibrace	1	
Neionizující záření	1	
Fyzické zátěž	1	
Pracovní poloha	1	
Zátěž teplem	1	
Zátěž chladem	2	
Psychická zátěž	1	
Zraková zátěž	1	
Práce s biologickými činiteli	2	
Práce ve zvýšeném tlaku vzduchu	1	

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem při lékařském vyšetření nezatajil(a) žádnou nemoc, tělesnou vadu nebo úraz, na které jsem byl(a) léčen(a).

.....
datum, podpis zaměstnance

.....
Za zaměstnavatele Jméno a příjmení

.....
Razítko, datum, podpis