

EVIDENČNÍ LIST ČLENA ADP ČR, o.s.

| | | |
|------|--|-----|
| 1 | Název zdravotnického zařízení | |
| 2 | IČ | |
| 3 | IČZ | |
| 4 | Právní forma (označte křížkem) | |
| 4.1 | fyzická osoba | |
| 4.2 | spol s.r.o. | |
| 4.3 | jiná | |
| 5 | datum založení | |
| 6 | Sídlo | |
| 6.1 | Město | |
| 6.2 | Ulice, číslo | |
| 6.3 | PSČ | |
| 6.4 | doručovací adresa | |
| 7 | Telefon | |
| 8 | Mobil | |
| 9 | E-mail | |
| 9.1 | Skype | |
| 10 | www stránky | |
| 11 | Statutární zástupce | |
| 11.1 | Jméno | |
| 11.2 | Příjmení, titul | |
| 12 | Činnosti (označte křížkem, popř. v bodě 12.3 doplňte) | |
| 12.1 | zdravotní | |
| 12.2 | sociální | |
| 12.3 | další | |
| 13 | PPNV | |
| 14 | Počty pracovníků (v bodech 14.1 - 14.4 doplňte počty) | |
| 14.1 | zdravotní sestra | |
| 14.2 | fyzioterapeut | |
| 14.3 | porodní asistentka | |
| 14.4 | jiný pracovník | |
| 15 | Souhlas se zpracováním údajů (dle zákona č.101/2008 Sb. o ochraně osobních údajů). Souhlasím, aby údaje, které jsem poskytl(a) a poskytnu ADP ČR byly použity pro potřeby ADP ČR | |
| 16 | Podpis | |
| 17 | V | dne |

Legenda

- 1 název zdravotnického zařízení dle registrace nebo OR
- 2 přidělení identifikační číslo
- 3 identifikace zdravotnického zařízení přidělené pojišťovnou
- 4 právní forma
 - 4.1 fyzická osoba
 - 4.2 společnost s ručením omezeným
 - 4.3 jiná forma, uveďte
- 5 datum zahájení činnosti v odbornosti 925
- 6 hlavní sídlo zdravotnického zařízení
 - 6.1 město
 - 6.2 ulice a popisné číslo
 - 6.3 poštovní směrovací číslo
 - 6.4 doručovací adresa v případě, že se liší od sídla
- 7 telefonní spojení na pevnou linku
- 8 telefonní spojení na mobilní telefon
- 9 adresa elektronické pošty
 - 9.1 jméno vašeho skype účtu
- 10 web stránky zařízení
- 11 statutární zástupce / kontaktní osoba/
 - 11.1 jméno
 - 11.2 příjmení
- 12 činnosti zajišťované zařízením
 - 12.1 zdravotnické
 - 12.2 sociální
 - 12.3 jiné - uveďte
- 13 přepočtený počet nositelů výkonů v odb. 925
- 14 počty pracovníků jednotlivých profesí
- 15 souhlas s použitím údajů pro potřeby Asociace domácí péče ČR
- 16 podpis statutárního zástupce zařízení
- 17 místo a datum podpisu event. listu