

143/2024/HONSP/PtH

**ZMLUVA č. PaM/2024**  
**o výkone odbornej zdravotníckej praxe – školiacej aktivity**

**Čl. I.**  
**Zmluvné strany**

1. **Názov organizácie:** **Hornooravská nemocnica s poliklinikou Trstená**  
Mieru 549/16, 028 01 Trstená  
v zastúpení : MUDr. Marián Tholt, riaditeľ  
IČO: 00 634 891  
DIČ: 2020573445  
Bankové spojenie: Štátna pokladnica  
Číslo účtu: SK13 8180 0000 0070 0048 1117  
SWIFT/BIC: SPSRSKBA  
Zriaďovateľ: Žilinský samosprávny kraj so sídlom v Žiline  
/ďalej len „vysielajúca organizácia“/
2. **Názov zdravotníckej organizácie:** **Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr.L.N.Jégého Dolný Kubín**  
Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín  
Zastúpená: PhDr. Mintál, MBA, MEng.  
IČO: 00 634 905  
Bankové spojenie: Štátna pokladnica  
Číslo účtu:  
SWIFT/BIC:  
Zriaďovateľ: /ďalej „školiteľ“ /  
a  
účastník zmluvy:  
Mgr. Natália Šišková  
titul, meno, priezvisko:  
dátum narodenia:  
bydlisko: 7 32Oravská Jasenica  
pracovné zaradenie: psychológ, zaradená na špecializačného štúdia v odbore klinická psychológia  
/ďalej len „účastník odbornej praxe“/

Uzavrárajú podľa ustanovenia § 51 Občianskeho zákonníka a § 69 Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z.z. zmluvu

**Čl. II.**  
**Predmet, účel a platnosť zmluvy**

Školiteľ sa zaväzuje zabezpečiť pre vysielajúcu organizáciu výkon odbornej zdravotníckej praxe – školiacej aktivity pre účastníka odbornej praxe, zamestnanca vysielajúcej organizácie, v zmysle vzorového špecializačného študijného programu .

Názov, zameranie odbornej zdravotníckej praxe – školiacej aktivity: **špecializačná príprava v špecializačnom odbore klinická psychológia** /ďalej len „odborná prax“/,  
na pracovisku: **neurologické oddelenie DoNsP**

pod vedením povereného školiteľa: .....

v termíne od: **01.11.2024** do: **30.11.2024** t. j. **1,00 úväzok**.

Účastník odbornej praxe absolvuje odbornú zdravotnícku prax na príslušnom oddelení v dňoch, ktoré budú vopred stanovené po dohode s primárom oddelenia.

**Čl. III.**  
**Podmienky odbornej praxe**

1. Účastník odbornej praxe sa zaväzuje:
- pri svojej činnosti riadiť sa pokynmi školiteľa, ktorému zodpovedá za dodržiavanie odbornej stránky, časového harmonogramu školenia a plnenia pracovných úloh,
  - prostredníctvom povereného školiteľa oboznámiť sa s vnútroorganizačnými normami, ochrane utajovaných skutočností a tieto v plnom rozsahu dodržiavať. Podrobiť sa zaškoleniu z predpisov BOZP, protipožiarnej ochrane prostredníctvom referenta OBP,

- dodržiavať všeobecne záväzné právne normy uplatňované na školiacom pracovisku,
  - zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel pri výkone odbornej praxe,
  - počas odbornej praxe nosiť na pracovnom odevu menovku, ktorú obdrží pri nástupe na pracovisko a túto po ukončení praxe aj odovzdá.
2. Za škodu, ktorú by účastník odbornej praxe spôsobil na školiacom pracovisku z titulu všeobecnej zodpovednosti za škodu v zmysle Občianskeho zákonníka, ponese priamu zodpovednosť účastník.
  3. Za prípadnú ujmu na zdraví spôsobenú iným osobám v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti počas odbornej praxe, ponese priamu zodpovednosť vysielajúca organizácia.
  4. Za pracovný úraz, resp. chorobu z povolania, ktorý by účastník odbornej praxe utrpel počas trvania odbornej praxe, vykoná odškodnenie vysielajúca organizácia.
  5. Školiteľ sa zaväzuje, že počas odbornej praxe bude poverený školiteľ prideľovať účastníkovi odbornej praxe pracovné úlohy, organizovať, riadiť a kontrolovať jeho prácu, dávať mu na tento účel záväzné pokyny a vytvárať priaznivé pracovné podmienky so zreteľom na bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci. Po ukončení odbornej praxe túto vyhodnotí a o jej absolvovaní vydá potvrdenie účastníkovi odbornej praxe.
  6. Školiteľ umožní vykonať odbornú zdravotnícku prax – školiacu aktivitu **bezodplatne**.

#### Čl. IV.

##### Záverečné ustanovenia

1. Z tejto zmluvy neplýnú účastníkovi odbornej praxe žiadne finančné nároky, okrem mzdových nárokov zamestnanca voči zamestnávateľovi – vysielajúcej organizácii. Počas výkonu odbornej praxe je účastník v pracovnom pomere u vysielajúcej organizácie, pričom účasť na odbornej praxi sa považuje za súčasť plnenia pracovných povinností z tohto pracovného pomeru so všetkými právami a povinnosťami jeho účastníkov.
2. V prípadoch neupravených touto zmluvou, ako aj otázok týkajúcich sa výkladu, vykonávania a platnosti zmluvy, použije sa právny poriadok SR.
3. Školiteľ môže od zmluvy odstúpiť, ak účastník odbornej praxe poruší podmienky tejto zmluvy, alebo nerešpektuje pokyny školiteľa súvisiace s výkonom odbornej praxe.
4. Obsah tejto zmluvy je možné meniť jedine formou písomných dodatkov.
5. Obidve zmluvné strany a účastník odbornej zdravotníckej praxe si zmluvu prečítali, jej obsahu porozumeli a ako znak slobodnej vôle ju podpisujú.
6. Táto zmluva sa uzatvára na dobu určitú, od **01.11.2024 do 30.11.2024**.
7. Zmluva nadobúda platnosť a účinnosť dňom jej podpísania, vyhotovuje sa v 3 rovnopisoch, z ktorých 1 rovnopis obdrží vysielajúca organizácia, 1 rovnopis obdrží školiteľ a 1 rovnopis účastník odbornej praxe.
8. Vysielajúca organizácia a účastník odbornej praxe ako poučené osoby potvrdzujú svojim podpisom, že boli informovaní o zásadách ochrany osobných údajov v zmysle článku 13 a 14 a príslušných recitátlov Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov .

V Dolnom Kubíne dňa

V Trstenej, dňa 22.10.2024

Podpis a pečiatka za školiteľa:

Pečiatka a podpis za vysielajúcu organizáciu:

PhDr. Mintál, MBA, MEng.

MUDr. Marian Tholt, riaditeľ

šká nemocnica  
lkou Trstená  
TRSTENA  
-17-

01.11.2024

Podpis účastníka odbornej zdravotníckej praxe:  
Mgr. Natália Šišková

Základná finančná kontrola vykonaná v súlade

Podpis: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> Finančná operácia je dokončená a kontrola a audít	<input checked="" type="checkbox"/> Finančnú operáciu možno v časti
<input type="checkbox"/> Finančná operácia je možná vykonať.	<input type="checkbox"/> Finančnú operáciu možno vykonať.
<input type="checkbox"/> Finančná operácia je možná v nej pokračovať.	<input type="checkbox"/> Finančnú operáciu možno pokračovať.
<input type="checkbox"/> Finančné plnenie je potrebné vymáhať.	<input type="checkbox"/> Finančné plnenie je potrebné vymáhať.
<input type="checkbox"/> Poskytnuté plnenie, ak sa	<input type="checkbox"/> Poskytnuté plnenie, ak sa
fin.operácia už vykonala.	fin.operáci

Meno a priezvisko zamestnanca: Ing. Katarína Vranová  
Meno a priezvisko MUDr. Marian Tholt

Dátum, podpis:

Dátum, podpis:

10.10.2024

19.10.24