

**Ministerstvo zdravotnictví ČR - Komise pro screening nádorů prsu**  
Komise odborníků pro mamární diagnostiku Radiologické společnosti ČLS JEP (KOMD)  
Asociace mamodiagnostiků ČR (AMA-CZ)

## **Žádost o vydání osvědčení o splnění podmínek provádění mamárního screeningu a zařazení do programu**

Zdravotnické zařízení

.....

Pracoviště

.....

Úplná adresa

.....

.....

IČZ

.....

IČ

.....

Statutární zástupce

.....

Žádám o vydání osvědčení o splnění podmínek provádění screeningu a zařazení do  
Programu pro screening nádorů prsu ČR.

Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že všechny údaje uvedené v žádosti jsou pravdivé.  
Dále se zavazuji, že

- umožním na vyžádání koordinátorovi, zástupcům Komise odborníků pro mamární diagnostiku (KOMD), Asociace mamodiagnostiků ČR a Komise pro screening nádorů prsu MZ ČR provést kontrolu splnění podmínek k provádění screeningu,
- zajistím dodržování všech podmínek a kritérií podle Věstníku MZ ČR,
- v případě zařazení do programu umožním zpřístupnění výsledků zkoušek dlouhodobé stability a údajů datového auditu pracoviště v rozsahu dle Věstníku MZ ČR pro vyhotovení souhrnného ročního datového auditu všech screeningových pracovišť v České republice,
- čestně prohlašuji, že provádím jednotlivé testy ZPS dle Věstníku a dodržuji předepsané toleranční meze,
- souhlasím s tím, aby údaje předané Státnímu úřadu pro jadernou bezpečnost při jeho kontrole byly předány Komisi pro screening nádorů prsu MZ ČR pro potřeby kontroly činnosti pracoviště.
- souhlasím s využitím údajů zdravotních pojišťoven o počtech prováděných vyšetření pro potřeby kontroly činnosti pracoviště.

Podpis statutárního zástupce a razítko ZZ

V....., dne .....

Vyplněnou a podepsanou žádost zašlete na adresu  
Ministerstvo zdravotnictví ČR, OZP, Komise pro screening nádorů prsu, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2.  
MZ zašle kopii automaticky KOMD a AMA CZ.