

## **Žádost o reakreditaci v mamárním screeningovém programu**

Zdravotnické zařízení

Pracoviště

Úplná adresa

IČZ

IČ

Statutární zástupce

Podle Věstníku MZ ČR a rozhodnutí Komise pro screening nádorů prsu MZ ČR žádám o provedení kontroly (reakreditace) pracoviště zařazeného do Programu pro screening nádorů prsu ČR a následné prodloužení osvědčení o splnění podmínek provádění screeningu. Svým podpisem na této žádosti se zavazuji, že

- umožním koordinátorovi, zástupcům Komise odborníků pro mamární diagnostiku (KOMD) a Komise pro screening nádorů prsu MZ ČR provést kontrolu činnosti pracoviště v rámci reakreditace a poskytnu k provedení kontroly všechny požadované dokumenty a údaje,
- na vyžádání zpřístupním výsledky zkoušek dlouhodobé stability a údaje datového auditu pracoviště v rozsahu uvedeném ve 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 reakreditace,
- souhlasím s využitím údajů zdravotních pojišťoven o počtech prováděných vyšetření pro potřeby kontroly činnosti pracoviště.

V.....dne .....  
statutární zástupce a razítko ZZ

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.