



RUKY PRE ZDRAVIE, o.z.

občianske združenie podľa zák. č. 83/1990 Zb. · Heydukova 2158/12, 811 08 Bratislava-Staré Mesto · IČO 55 858 635 · reg. č. VVS/1-900/90-68061 · info@rukyprezdravie.sk · 02/2220 2112

PLNOMOCENSTVO

na zastupovanie pri výdaji, prevzatí a doručení liekov (§ 31 a § 33a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník)

SPLNOMOCNITEĽ - PACIENT

Meno a priezvisko	Dátum narodenia
Rodné číslo (na identifikáciu v lekárni)	Zdrav. poisťovňa
Adresa trvalého pobytu	
Adresa doručovania (ak je odlišná)	
Telefón	E-mail

SPLNOMOCNENEC

RUKY PRE ZDRAVIE, o.z., so sídlom Heydukova 2158/12, 811 08 Bratislava-Staré Mesto, IČO 55 858 635, zapísané v Registri mimovládnych neziskových organizácií pod reg. č. VVS/1-900/90-68061, zastúpené predsedom (ďalej len „Združenie“).

I. ROZSAH PLNOMOCENSTVA

Splnomocniteľ splnomocňuje Združenie, aby ho podľa § 31 Občianskeho zákonníka zastupovalo pri týchto úkonoch:

- prevzatie humánných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín predpísaných splnomocniteľovi na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze (vrátane elektronického) vo verejnej lekárni, ktorú určí splnomocniteľ, alebo – ak ju neurčí – v lekárni, ktorá má predpísaný liek k dispozícii a spĺňa podmienky jeho uchovávania;
- na výslovnú žiadosť splnomocniteľa aj kúpa a prevzatie liekov, ktorých výdaj nie je viazaný na lekárske predpis, a ostatného lekárenskeho sortimentu;
- úhrada doplatku alebo ceny za lieky a sortiment podľa bodov 1 a 2 lekárni v mene a na účet splnomocniteľa a prevzatie pokladničného dokladu;
- poskytnutie identifikačných údajov splnomocniteľa lekárni v rozsahu potrebnom na prístup k preskripčnému záznamu v systéme elektronického zdravotníctva a na výdaj;
- komunikácia s lekárňou o dostupnosti lieku, termíne výdaja a odbornom poradenstve pre splnomocniteľa;
- zabezpečenie prepravy prevzatých liekov na adresu doručovania a ich odovzdanie splnomocniteľovi alebo osobe určenej v čl. III.

II. SUBSTITÚCIA

Združenie je podľa § 33a ods. 1 Občianskeho zákonníka oprávnené udeliť plnomocenstvo na úkony podľa čl. I ďalšiemu splnomocnencovi, najmä zmluvnému prepravcovi, ktorý je držiteľom povolenia na veľkodistribúciu liekov a dodržiava správnu distribučnú prax, a jeho zamestnancom. Z úkonov ďalšieho splnomocnenca je zaviazaný priamo splnomocniteľ.

III. OSOBY OPRAVNENÉ PREVZIAŤ ZÁSIELKU (OKREM SPLNOMOCNITEĽA)

Meno a priezvisko, vzťah k
splnomocniteľovi

IV. POKYN K DORUČENIU

Združenie vyzdvihne liek výlučne na základe výslovného pokynu splnomocniteľa (alebo osoby podľa čl. III) ku konkrétnemu lekárske predpisu, udeleného telefonicky, e-mailom alebo písomne. Splnomocniteľ ☐ si želá / ☐ si neželá, aby mu Združenie pri pravidelnej liečbe v dohodnutom čase zavolovalo a opýtalo sa, či má nový predpis a želá si doručenie. Združenie ani prepravca nemajú prístup do systému elektronického zdravotníctva.

V. BEZODPLATNOSŤ A NÁKLADY

Zastúpenie je bezodplatné. Splnomocniteľ nahradí Združeniu výlučne sumu doplatku alebo ceny, ktorú Združenie za neho uhradilo lekární, a to pri prevzatí zásielky. Náklady na vyzdvihnutie a prepravu znáša Združenie.

VI. TRVANIE A ZÁNİK

Plnomocenstvo sa udeľuje na dobu neurčitú. Zaniká odvolaním splnomocniteľom, vypovedaním Združením, smrťou splnomocniteľa alebo zánikom Združenia. Odvolanie možno urobiť písomne, e-mailom na info@rukyprezdravie.sk alebo telefonicky na 02/2220 2112; telefonické odvolanie Združenie bezodkladne písomne potvrdí splnomocniteľovi. Odvolanie je účinné doručením Združeniu.

VII. OSOBNÉ ÚDAJE

Splnomocniteľ sa oboznámi s Informáciou o spracúvaní osobných údajov zverejnenou na rukyprezdravie.sk a podpisom udeľuje výslovný súhlas so spracúvaním údajov o zdraví v rozsahu nevyhnutnom na výkon tohto plnomocenstva (čl. 9 ods. 2 písm. a) GDPR). Súhlas možno kedykoľvek odvolať.

VIII. VYHLÁSENIE

Splnomocniteľ vyhlasuje, že plnomocenstvo udeľuje slobodne, vážne a zrozumiteľne, oboznámi sa s Podmienkami spolupráce a berie na vedomie, že Združenie nie je lekárnou, nerozhoduje o výbere lieku ani neposkytuje zdravotnú starostlivosť. Plnomocenstvo sa nevzťahuje na lieky s obsahom omamných alebo psychotropných látok II. skupiny ani na lieky určené na podanie v zdravotníckom zariadení.

Miesto a dátum

Vlastnoručný podpis
splnomocniteľa (pacienta)

Plnomocenstvo prijíma za RUKY
PRE ZDRAVIE, o.z. (meno, podpis)

Vzor PLM-SK/2026-10 (rev. 2) · podpisuje sa pred prvým vyzdvihnutím lieku · úradné overenie podpisu sa rukyprezdravie.sk nevyžaduje · dva rovnopisy, jeden zostáva pacientovi