

072/2026

Žádost:

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

ID datové schránky: xxxx

DATOVOU SCHRÁNKOU

V Praze dne 20. 3. 2026

Žádost o informace podle zákona č. 106/1999 Sb.

Podle ustanovení § 4 zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „**InfZ**“) si dovoluji požádat Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, IČ: xxx (dále také jen „**povinný subjekt**“) jako povinný subjekt podle InfZ, o poskytnutí informace, zda obchodní společnost **xxx**, IČ: xxx, se sídlem Národní obrany 789/49, 160 53 Praha 6, byla v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2025 na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavřené s povinným subjektem (nebo na základě jiného smluvního vztahu) oprávněna žádat u povinného subjektu úhradu za aplikaci léčivého přípravku Depo-Medrol 40MG/ML INJ SUS 1X5ML a/nebo léčivého přípravku Depo-Medrol 40MG/ML INJ SUS 1X1ML.

Žádám o poskytnutí shora uvedených informací v zákonem stanovené lhůtě prostřednictvím datové schránky (ID datové schránky: xxx).

Děkuji, s pozdravem

xxx nar. xxx

bytem xxx ID DS: xxx

Odpověď:

Právní odbor

Sp. zn. xxx

Č.j. xxx

Č. spisu. xxx

xxx

xxx

xxx

IČO: xxx

DATOVOU SCHRÁNKOU

Počet listů: 1

Počet příloh: 0

Počet listů příloh: x

V Praze dne 27. 3. 2026

Poskytnutí informací podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím

podáním doručeným dne 20. 03. 2026 (dále jen „žádost“) požádala **xxx** (dále jen „žadatel“) Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále jen „OZP“) podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, o poskytnutí informace:

- zda obchodní společnost **xxx**, IČ: **xxx**, se sídlem xxx, byla v **období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2025** na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavřené s povinným subjektem (nebo na základě jiného smluvního vztahu) oprávněna žádat u povinného subjektu úhradu za aplikaci léčivého přípravku Depo-Medrol 40MG/ML INJ SUS 1X5ML a/nebo léčivého přípravku Depo-Medrol 40MG/ML INJ SUS 1X1ML

Potvrzujeme, že obchodní společnost **xxx**, IČ: **xxx**, se sídlem xxx **byla v období od 1. 1. 2023 do 31. 12. 2025** na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavřené s povinným subjektem **oprávněna** žádat u povinného subjektu úhradu za aplikaci léčivého přípravku Depo-Medrol 40MG/ML INJ SUS 1X5ML a/nebo léčivého přípravku Depo-Medrol 40MG/ML INJ SUS 1X1ML

S pozdravem

Za Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

xxx

pověřený referent právního odboru

/podepsáno elektronicky/