MWCare, s.r.o.

REGISTRAČNÍ FORMULÁŘ SMLUVNÍHO LÉKAŘE

MWiPlatform | Verze 1.0 | 16. 11. 2026

MWCare, s.r.o. | DIČ: CZ27444121 | Evropská 655/116, Praha 6

A. Identifikační údaje lékaře

Údaj	Vyplní žadatel / systém
Titul	
Jméno	
Příjmení	
Datum narození (nepovinné)	
IČO	
DIČ	
Odbornost / specializace	
Registrační číslo komory (je-li relevantní)	
Telefon	
E-mail	
Adresa pro doručování	

B. Údaje ordinace / poskytovatele

Údaj	Vyplní žadatel / systém
Název ordinace / zdravotnického zařízení	
Název poskytovatele (je-li odlišný)	
IČO poskytovatele	
DIČ	
Adresa ordinace	
PSČ a obec	
Telefon ordinace	
E-mail ordinace	
Údaje o oprávnění k poskytování zdravotních služeb	

C. Bankovní údaje pro obchodní vypořádání

Údaj	Vyplní žadatel / systém
Majitel účtu	
Číslo účtu	
Kód banky	
IBAN (je-li relevantní)	
BIC/SWIFT (je-li relevantní)	

D. Požadované služby a moduly

☐ Telemedicínská platforma MWiPlatform

☐ Krevní tlak

☐ Tělesná teplota

☐ SpO_2

☐ Glykémie

☐ EKG

☐ Další domácí měření

☐ AI hlasová služba – virtuální sestra

☐ AI zpracování odpovědí

☐ Genetická karta pacienta (po samostatném posouzení a aktivaci)

☐ Smart kalkulátor dávkování léčiv (po samostatném posouzení a aktivaci)

☐ Jiné: _____

E. Kontaktní a technické nastavení

Údaj	Vyplní žadatel / systém
Kontaktní osoba pro provoz platformy	
Telefon	
E-mail	
Požadovaný počet uživatelských účtů	
Další oprávněné osoby	

F. Prohlášení lékaře

☐ Údaje uvedené ve formuláři jsou pravdivé a úplné.

☐ Seznámil/a jsem se s rámcovou smlouvou a Provozními a obchodními pravidly MWiPlatform.

☐ Beru na vědomí, že pacientská agenda bude oddělena od agend ostatních lékařů podle nastavených oprávnění.

☐ Zavazuji se chránit přístupové údaje a oznamovat změny registračních údajů.

☐ Beru na vědomí, že ID lékaře slouží k identifikaci a přiřazení agendy, nikoli jako heslo nebo samostatný bezpečnostní prostředek.

G. Přidělení ID – vyplňuje MWCare

Údaj	Vyplní žadatel / systém
ID lékaře (doctor_id)	
Datum přidělení	
Datum aktivace	
Stav registrace	
Ověřil/a	
Poznámka	

Doporučený formát ID: MWD-000001. ID přiděluje systém až po ověření a schválení registrace.

H. Podpisy

Lékař	MWCare, s.r.o.
Jméno: _____	Oprávněný zástupce: _____
Datum: _____	Datum: _____
Podpis: _____	Podpis: _____

Poznámka: Formulář nenahrazuje rámcovou smlouvu, zpracovatelskou smlouvu ani dokumentaci k aktivaci jednotlivých modulů.