Krajský úřad Zlínského kraje

Odbor zdravotnictví

tř. T. Bati 21

761 90 Zlín

Identifikátor datové schránky: scsbwku

**Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb – fyzická osoba**

dle § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

**A) Poskytovatel zdravotních služeb** *(fyzická osoba)*

Číslo identifikačního dokladu ......................................... Druh dokladu: ......................................

Jméno, příjmení a titul žadatele1) ..........................................................................................................

Rodné příjmení: ......................................... Státní občanství: .........................................

Adresa místa trvalého pobytu:\*

obec\* ........................................................................ část obce\* ...................................................

ulice\* .......................................................... č.p./č.o.\* ........................... PSČ\* .............................

Stát\* .........................................

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

datum a místo narození:\* ...................................................

*(Pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách, zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, doplňte číslo identifikačního dokladu.)*

Telefon: ......................................... e-mail: ........................................................................

IČO: .........................................

Sídlo:

*(Adresa sídla by měla odpovídat buď trvalému bydlišti, nebo jednomu z míst poskytování zdravotních služeb.)*

obec ........................................................................ část obce ...................................................

ulice .......................................................... č.p./č.o. ........................... PSČ .............................

Stát .........................................

**B) Odborný zástupce**

*V případě, že budete vyplňovat více než jednoho odborného zástupce, zkopírujte/vytiskněte tuto část vícekrát.*

**Odborný zástupce pro:**

[ ]  obory specializačního vzdělávání lékařů

[ ]  obor zubní lékař nebo obory specializačního vzdělávání zubních lékařů

[ ]  obor farmaceut nebo obory specializačního vzdělávání farmaceutů

[ ]  obory vzdělávání zdravotnických pracovníků nelékařského povolání nebo jiných odborných pracovníků

Číslo identifikačního dokladu ......................................... Druh dokladu: ...................................

Jméno, příjmení a titul: ..........................................................................................................

Rodné příjmení: ......................................... Státní občanství: .........................................

Adresa místa trvalého pobytu:\*

obec\* ........................................................................ část obce\* ...................................................

ulice\* .......................................................... č.p./č.o.\* ........................... PSČ\* .............................

Stát\* .........................................

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

Datum a místo narození:\* ...................................................

*(Pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách, zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, doplňte číslo identifikačního dokladu.)*

**C) Údaje vztahující se k místu poskytování zdravotních služeb**

(*Vyplňte samostatně pro každé místo poskytování zdravotních služeb. Pokud máte více než jedno místo poskytování, zkopírujte/vytiskněte tuto část vícekrát.*)

**1. Místo poskytování**

obec ........................................................................ část obce ...................................................

ulice .......................................................... č.p./č.o. ........................... PSČ .............................

Ambulantní péče primární:

....................................................................................................................................................

Ambulantní péče specializovaná:

....................................................................................................................................................

Ambulantní péče stacionární: ....................................................................................................................................................

Akutní lůžková péče intenzivní (k jednotlivým oborům uveďte počty lůžek):

....................................................................................................................................................

Akutní lůžková péče standardní (k jednotlivým oborům uveďte počty lůžek):

....................................................................................................................................................

Následná lůžková péče (k jednotlivým oborům uveďte počty lůžek):

....................................................................................................................................................

Dlouhodobá lůžková péče:

....................................................................................................................................................

Jednodenní péče:

....................................................................................................................................................

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

* návštěvní služba: ............................................................................................................
* domácí péče ....................................................................................................................
* ošetřovatelská ............................................................................................................
* léčebně rehabilitační ..................................................................................................
* paliativní péče ............................................................................................................

Budu poskytovat i tyto zdravotní služby2):

[ ]  Zdravotnická záchranná služba

[ ]  Zdravotnická dopravní služba

[ ]  Přeprava pacientů neodkladné péče

**Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:** .........................

**Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby:** ..............................................

(vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou)

**Rozhodnutí převezme žadatel:2)**

[ ]  Osobní převzetí

[ ]  Doručení datovou schránkou (uveďte ID datové schránky): …………………..

**Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma, že podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., se fyzická osoba [odst. 2, písm. a)], nebo právnická nebo podnikající fyzická osoba [odst. 3, písm. a)] dopustí přestupku tím, že úmyslně uvede nesprávný nebo neúplný údaj správnímu orgánu anebo mu požadovaný údaj zatají nebo uvede nesprávný anebo neúplný údaj v čestném prohlášení u správního orgánu.**

**Správní poplatek bude uhrazen: 2)**

[ ]  v hotovosti [ ]  převodem z účtu

 údaje k platbě: číslo účtu Zlínského kraje: 2786182/0800

 variabilní symbol: **1361170**

 konstantní symbol: 0558

specifický symbol: 6010300000

[ ]  QR platba



**Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku 1000 Kč.**

V...................................................... dne ..................................

podpis žadatele nebo osoby oprávněné jednat za žadatele

**Vysvětlivky**

*1) Pokud vyplníte číslo a druh identifikačního dokladu, jsou údaje označené hvězdičkou nepovinné.*

 *2) Zvolenou variantu označte křížkem.*

**K žádosti přiložte následující doklady (originály nebo ověřené kopie):**

1. ***Doklad/doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání*** *dle zákona č. 95/2004 Sb., či zákona č. 96/2004 Sb. Je-li ustanoven odborný zástupce, pak se uvedený doklad týká i odborného zástupce (tj.* ***doklady o vzdělání, doklad o zdravotní způsobilosti – náležitosti lékařského posudku dle vyhlášky č. 271/2012 Sb.,*** *viz Vzor lékařského posudku).*
2. ***Doklad/y o bezúhonnosti.***  *Požadujete-li, aby doklad o bezúhonnosti u občanů ČR zajistil správní orgán, uveďte u jednotlivých osob také číslo identifikačního dokladu (číslo občanského průkazu nebo cestovního pasu).*
3. *Je****-li ustanoven odborný zástupce:***
	1. *jeho* ***prohlášení, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u něj netrvá žádný z důvodů uvedených v ust. § 14 odst. 1 a 3*** *zákona o zdravotních službách, pro který by nemohl tuto funkci vykonávat (* viz příloha Prohlášení odborného zástupce)*,*
	2. ***doklad o tom, že je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli*** *podle § 14 odst. 2 zákona o zdravotních službách.*
4. ***Seznam zdravotnických pracovníků*** *a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli. (* viz příloha Seznam zdravotnických pracovníků pro fyzické osoby*).*
5. ***Prohlášení,*** *že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 písm. a) až c) zákona o zdravotních službách, a písemný souhlas přeběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v ust. § 17 písm. d) nebo e) zákona o zdravotních službách. Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno podle tohoto zákona. (*viz příloha Prohlášení žadatele*).*
6. *Souhlasné* ***závazné stanovisko vydané SÚKL*** *k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče.*
7. ***Souhlas MZ ČR s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče****, jde-li o poskytování této péče.*
8. ***Pravomocné rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád.***
9. ***Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb***
10. ***Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR*** *žadatele a odborného zástupce, pokud mají povinnost takové povolení mít.*
11. *Fyzická osoba, která bude poskytovat zdravotní služby pouze ve zdravotnickém zařízení provozovaném jiným poskytovatelem doloží doklady uvedené v bodech 1), 2), 5) pouze ve smyslu věty první (*viz soubor Zkrácené prohlášení poskytovatele) *, 11) a dále smlouvu s poskytovatelem, který provozuje zdravotnické zařízení, v němž bude zdravotní služby poskytovat opravňující žadatele využívat technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a personální vybavení zdravotních služeb tohoto poskytovatele k poskytování zdravotních služeb.*
12. ***V případě jednodenní péče*** *prohlášení žadatele o zajištění nepřetržité dostupnosti akutní lůžkové péče intenzivní.*
13. *Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí* ***doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele.*** *(Žádost o vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb musí žadatel podat nejpozději v den podání žádosti o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb dosavadního poskytovatele)*

*Další informace na internetových stránkách VZP: https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/prevody-praxi-mezi-poskytovateli-zdravotnich-sluzeb*