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

Obsah obrázku vzor, snímek obrazovky, text, Grafika

Popis byl vytvořen automaticky

**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*