Krajský úřad Zlínského kraje

Odbor zdravotnictví

tř. T. Bati 21

761 90 Zlín

Identifikátor datové schránky: scsbwku

**Formulář pro změny – Fyzická osoba**

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

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

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

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

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:\* ...................................................

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

Uveďte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně, pozastavení či zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb2):

VZP (111)  VOZP (201)  ZP MV ČR (211)  OZP (207)

ČPZP (205)  ZPŠ (209)  RBP (213)

**Rozhodnutí převezme žadatel:2)**

Osobní převzetí

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

**A) Žádám o provedení změny údajů uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb/registraci NZZ, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., § 20a (zákon o zdravotních službách) v následujícím rozsahu:**

1. Změna údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb:

(*Vyplňte samostatně pro každé místo poskytování zdravotních služeb. Pokud provádíte změnu více než dvou míst poskytování zdravotních služeb, zkopírujte/vytiskněte tuto část vícekrát.*)

1. Druh změny2):

žádost o udělení oprávnění pro nové místo poskytování

žádost o odejmutí oprávnění pro stávající místo poskytování

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

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

1. Druh změny2):

žádost o udělení oprávnění pro nové místo poskytování

žádost o odejmutí oprávnění pro stávající místo poskytování

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

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

**Datum účinnosti změn**: ..........................................................................

(Účinnost výše uvedených změn nemůže být dřívější než **den nabytí právní moci rozhodnutí** o těchto změnách. Pokud chcete, aby byly změny účinné co nejdříve, uveďte místo konkrétního data: **„dnem nabytí právní moci rozhodnutí“**.)

**2. Změna údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby2):**

(*Máte-li více míst poskytování, uveďte vždy i adresu místa, na které se změna vztahuje. V případě potřeby zkopírujte/vytiskněte tuto část vícekrát.*)

žádost o udělení oprávnění pro nový obor/y včetně uvedení formy případně druhu poskytovaných zdravotních služeb (v případě lůžkové péče uveďte ke každému oboru počet lůžek)

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

pro místo poskytování:

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

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

žádost o odejmutí oprávnění poskytovaných služeb v oboru/v oborech

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

pro místo poskytování:

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

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

*(dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády   
č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)*

**Datum účinnosti změn**: ..........................................................................

(Účinnost výše uvedených změn nemůže být dřívější než **den nabytí právní moci rozhodnutí** o těchto změnách. Pokud chcete, aby byly změny účinné co nejdříve, uveďte místo konkrétního data: **„dnem nabytí právní moci rozhodnutí“**.)

3. Změna údajů o odborném **zástupci**:2)

*(V případě potřeby zkopírujte/vytiskněte tuto část vícekrát.*)

**ukončení výkonu funkce odborného zástupce**

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

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

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

**ustanovení nového odborného zástupce**

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:\* ...................................................

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

*(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.)*

**Datum účinnosti změn**: ..........................................................................

(Účinnost výše uvedených změn nemůže být dřívější než **den nabytí právní moci rozhodnutí** o těchto změnách. Pokud chcete, aby byly změny účinné co nejdříve, uveďte místo konkrétního data: **„dnem nabytí právní moci rozhodnutí“**.)

**4. Změna adresy sídla**

*(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 .........................................

**Datum účinnosti změn**: ..........................................................................

(Účinnost výše uvedených změn nemůže být dřívější než **den nabytí právní moci rozhodnutí** o těchto změnách. Pokud chcete, aby byly změny účinné co nejdříve, uveďte místo konkrétního data: **„dnem nabytí právní moci rozhodnutí“**.)

**B) Oznamuji změnu následujících údajů v souladu s ust. § 21 zákona č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách)**

1. Změna **osobních** údajů:2) *(níže uvádějte již aktuální údaje)*

**změna osobních údajů poskytovatele zdravotních služeb**

**změna osobních údajů odborného zástupce**

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

Adresa místa trvalého pobytu:

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

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

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

**změna osobních údajů poskytovatele zdravotních služeb**

**změna osobních údajů odborného zástupce**

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

Adresa místa trvalého pobytu:

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

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

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

**2. Jiné změny**

................................................................................................................................................................... ……………………………………..............................................................................................................................................................................................................................................................................

**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.**

**Změna rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb/změna registrace NZZ v části A, bod 1. a bod 2., podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku 500 Kč.**

**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, pixel, steh

Popis byl vytvořen automaticky

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 bodu I písm. A: (změna nebo rozšíření místa poskytování) je třeba doložit:**

prohlášení žadatele o věcném a technickém vybavení zdravotnického zařízení, seznam zdravotnických pracovníků pro každé místo poskytování, provozní řád, pravomocné rozhodnutí Krajské hygienické stanice o souhlasu s provozním řádem, doklad o oprávnění užívat příslušné prostory, osvědčení Státního ústavu pro kontrolu léčiv v případě zařízení lékárenské péče.

**k bodu II písm. A: (rozšíření poskytovaných služeb o obor/y) je třeba doložit:**

prohlášení žadatele o věcném a technickém vybavení zdravotnického zařízení, seznam zdravotnických pracovníků pro daný obor, provozní řád + rozhodnutí Krajské hygienické stanice o souhlasu s provozním řádem, osvědčení Státního ústavu pro kontrolu léčiv v případě poskytování lékárenské péče.

Rozšíření oborů poskytované zdravotní péče může být v některých případech podmíněno ustanovením dalšího odborného zástupce (např. v případě, kdy poskytovatel poskytující zdravotní služby v oborech specializačního vzdělávání lékařů oznámí rozšíření poskytovaných služeb o obory lékárenské péče). V těchto případech bude nutné doložit také podklady dle bodu II. Na tuto skutečnost bude oznamovatel upozorněn příslušným pracovníkem odboru zdravotnictví.

**k bodu III písm. A (ustanovení nového odborného zástupce) je třeba doložit:**

doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu povolání, doklad o bezúhonnosti, prohlášení odborného zástupce, doklad o pracovně právním nebo obdobném vztahu, doklad o zdravotní způsobilosti odborného zástupce – náležitosti lékařského posudku dle vyhlášky č. 271/2012 Sb., viz Vzor lékařského posudku

Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí **doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele.** (Žádost o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb musí žadatel podat nejpozději v den podání žádosti o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb dosavadního poskytovatele)

Hodlá-li žadatel poskytovat zdravotní služby v novém či dalším oboru péče (druhu zdravotní péče apod.), novou či další formou, na novém či dalším místě, musí k tomuto účelu požádat o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro tento obor, formu, místo. U stávajícího poskytovatele se jedná fakticky o změnu stávajícího oprávnění, ale právně vzato je třeba dle metodiky MZ ČR ze strany Krajského úřadu postupovat analogicky jako při udělení nového oprávnění.