**Krajský úřad Zlínského kraje**

**odbor zdravotnictví**

**tř. T.Bati 21**

**761 90 Zlín**

**Identifikátor datové schránky: scsbwku**

**Žádost o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

dle ust. § 23 a § 59 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Podle ustanovení § 23 zákona o zdravotních službách žádám o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb / registrace nestátního zdravotnického zařízení.

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

Jméno a příjmení žadatele1) ..........................................................................................................

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

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

Žádám o odejmutí: ..........................................................................................................................
pod č.j. ..................................................... ze dne .................................

**Důvod odejmutí oprávnění / zrušení registrace*2)*:**

1. [ ]  Změna právní subjektivity podnikání - přechod z FO na PO (uveďte název právnické osoby) ..................................................................................................................................................
2. [ ]  Odchod do důchodu3)
3. [ ]  Jiné důvody:3) .....................................................................................................................
4. [ ]  Převod majetkových práv na jiného poskytovatele (přiložte smlouvu o převodu majetkových práv)

**Odejmutí oprávnění / zrušení registrace žádám ke dni**: .........................................................

Adresa pro doručování písemností:4)

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

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

e-mail: ...................................................... telefon:..........................................................

**Rozhodnutí převezme žadatel:*2)***

[ ]  Osobní převzetí

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

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)

**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

 [ ]  QR platba specifický symbol: 6010300000

 

**Vydání rozhodnutí o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb/zrušení registrace NZZ, podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 150,- Kč.**

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

podpis žadatele nebo osoby oprávněné jednat za žadatele

**Vysvětlivky**

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

*2) Zvolenou variantu označte křížkem.*

*3) Žádost o odejmutí oprávnění musí být podle ustanovení § 23 odst. 2 podána* ***nejpozději 60 dnů
přede dnem, k němuž poskytovatel požaduje oprávnění odejmout / registraci zrušit.*** *Není-li tato lhůta dodržena, krajský úřad odejme oprávnění / zruší registraci nejpozději k šedesátému dni od podání žádosti.*

 *Poskytovatel předá zdravotnickou dokumentaci jinému poskytovateli zvolenému pacientem. Zdravotnickou dokumentaci vedenou o pacientech, kteří včas nepředložili žádost o předání zdravotnické dokumentace jinému poskytovateli, a její soupis, předá osobě pokračující v poskytování zdravotních služeb. Pokud taková osoba není, předá zdravotnickou dokumentaci a její soupis Krajskému úřadu Zlínského kraje, odboru zdravotnictví.*

*4) Vyplňte pokud chcete, aby Vám byly písemnosti zasílány na jinou adresu, než je adresa trvalého pobytu / sídla.*