Krajský úřad Zlínského kraje

Odbor zdravotnictví

tř. T. Bati 21

761 90 Zlín

Identifikátor datové schránky: scsbwku

**Formulář pro změny – Právnická osoba**

**Poskytovatel zdravotních služeb/poskytovatel sociálně-zdravotních služeb (právnická osoba)**

**IČO** .........................................

Název právnické osoby:1) ..........................................................................................................

Adresa sídla:\*

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

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

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

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

Místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby v ČR (*vyplní pouze žadatelé se sídlem mimo území ČR*):

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

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

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/sociálně 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**

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)

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

[ ]  **změna osobních údajů poskytovatele zdravotních služeb**

[ ]  **změna osobních údajů odborného zástupce**

[ ]  **změna osobních údajů člena statutárního orgánu**

Původní údaje:

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

datum narození: ......................................

Adresa místa trvalého pobytu:

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

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

stát .........................................

Nové údaje:

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

Adresa místa trvalého pobytu:

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

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

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

**2. Změna statutárního orgánu právnické osoby2)**

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

1. Jméno, příjmení a titul člena statutárního orgánu: ..................................................................................................................................

rodné příjmení: ......................................... státní občanství: .........................................

datum a místo narození: ................................................................................................

[ ]  ukončení výkonu funkce člena statutárního orgánu

[ ]  ustanovení uvedené osoby jako nového člena statutárního orgánu (doplňte adresu místa trvalého pobytu nového člena)

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

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

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

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

*(Číslo identifikačního dokladu doplňte, 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.)*

1. Jméno, příjmení a titul člena statutárního orgánu: ..................................................................................................................................

rodné příjmení: ......................................... státní občanství: .........................................

datum a místo narození: ................................................................................................

[ ]  ukončení výkonu funkce člena statutárního orgánu

[ ]  ustanovení uvedené osoby jako nového člena statutárního orgánu (doplňte adresu místa trvalého pobytu nového člena)

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

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

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

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

*(Číslo identifikačního dokladu doplňte, 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.)*

1. **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 do pokladny nebo prostřednictvím platebního terminálu v budově krajského úřadu

[ ]  převodem z účtu

 údaje k platbě: číslo účtu Zlínského kraje: 296026452/0300

 variabilní symbol: 6010300002

 specifický symbol: 13610170

 do zprávy pro příjemce uveďte jméno plátce / název společnosti

[ ]  QR platba

 

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

podpis žadatele nebo osoby oprávněné jednat za žadatele

**Vysvětlivky**

*1) Pokud vyplníte IČ (nebo 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.

V případě poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče podle § 9 odst. 2 písm. e) musí poskytovatel doložit registraci k poskytování sociálních služeb v týdenních stacionářích, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v pobytových zařízeních odlehčovacích služeb se shodným místem poskytování, jaké má uvedeno v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Poskytovatel ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c) musí doložit registraci k poskytování sociálních služeb v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v zařízeních odlehčovacích služeb.

V případě poskytování ošetřovatelské péče v pobytových zařízení sociálních služeb v nepřetržitém provozu, uveďte tuto skutečnost v seznamu zdravotnických pracovníků.

Poskytovatel zřizující centrum duševního zdraví musí doložit registraci k poskytování sociálních služeb centra duševního zdraví podle zákona o sociálních službách nebo musí tyto sociální služby zajišťovat prostřednictvím smluvního poskytovatele sociálních služeb, který je držitelem této registrace.

**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.