



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

dle § 121 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách)

**Údaje o žadateli (fyzické osobě):**

Jméno, příjmení, 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:\*).....

IČO:.....

**Adresa pro doručování písemností\*):**

obec.....část obce.....

ulice.....č.p./č.o.....PSČ: .....

**Odborný zástupce** *(je-li/musí-li být ustanoven v souladu s ust. § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách,  
je-li více odborných zástupců, uveďte všechny)*

Jméno, příjmení, 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\*): .....

**Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):**

obec:.....část obce.....  
ulice.....č.p./č.o.....PSČ.....  
telefon: .....

obec:.....část obce.....  
ulice.....č.p./č.o.....PSČ.....  
telefon: .....

**Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:**

**Formu zdravotní péče: (zatrhnutím zvolte)**

ambulantní péče, ambulantní stacionární péče

jednodenní péče

lůžková péče - akutní lůžková péče intenzivní

- akutní lůžková péče standardní

- následná lůžková péče

- dlouhodobá lůžková péče

zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

- návštěvní služba

- domácí péče - ošetrovatelská

- léčebně rehabilitační

- paliativní

- umělá plicní ventilace

- dialýza

**Obory zdravotní péče:**

*(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)*

.....

.....

**Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby: (zatrhnutím zvolte)**

- léčebně rehabilitační péče
- lázeňská léčebně rehabilitační péče
- ošetřovatelská péče
- paliativní péče
- lékárenská péče
- zdravotnická záchranná služba
- zdravotnická dopravní služba
- přeprava pacientů neodkladné péče

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

- dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

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

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

**Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).**

Dne: .....

.....  
jméno, příjmení, titul žadatele  
*(vypište hůlkovým písmem)*

.....  
podpis žadatele

*\*) nepovinné údaje*

**Poznámka:**

Vydání rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 1000,00Kč. **Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 19-7964100227/0100, var. symbol 136109, specifický symbol – rodné číslo nebo IČO provozovatele, nebo v hotovosti v pokladně Krajského úřadu Libereckého kraje (10. patro).**