

**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 (právnícké osobě):**

Obchodní firma (název):

Adresa sídla:

obec.....část obce.....

ulice.....č.p./č.o.PSČ.....

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

telefon*):e-mail:*).....

IČO:

Údaje o zřizovateli: **)

Název:.....

Adresa sídla:

obec.....část obce.....

ulice.....č.p./č.o.PSČ.....

IČO:.....

Údaje o statutárním orgánu poskytovatele: (je nezbytně nutné uvést všechny členy statutárního orgánu; v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku uvedou se údaje o vedoucím organizační složky)

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*):

Odborný zástupce: *(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*):email*):

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
- ošetrovatelská 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 osoby oprávněné jednat za žadatele
(vypište hůlkovým písmem)

.....
podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

**) nepovinné údaje*

****) pouze v případě, je-li žadatel organizační složkou státu či územního samosprávného celku*

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).***