



KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví

Oznámení změny – změna názvu, trvalého pobytu, příjmení, statutárního orgánu poskytovatele zdravotních služeb

v souvislosti s plněním oznamovací povinnosti podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Podle ustanovení § 21 zákona o zdravotních službách oznamuji následující změnu/změny

údajů: (zaškrtněte požadovanou změnu, ve formuláři změnu podrobně vypište)

- Změna údajů o poskytovateli**
- Změna údajů o statutárním orgánu poskytovatele**
- Změna údajů o odborném zástupci**

Datum, k němuž žádám o provedení změny:

- dnem nabytí právní moci rozhodnutí
- jiné datum

Údaje o poskytovateli zdravotních služeb (žadatel)

Jméno, příjmení, titul (fyzická osoba)/Název poskytovatele (právnícká osoba)

.....

IČO:

Kontaktní údaje dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů¹:

Telefon Fax

¹ Uvedené kontaktní údaje krajský úřad předá do Národního registru poskytovatelů; pokud poskytovatel údaje nevyplní, pak v souladu s § 75 odst. 1) písm. c) zákona o zdravotních službách předá kontaktní údaje (společně s dalšími údaji dle § 74 odst. 1 písm. j až n) do Národního registru poskytovatelů sám.

T +420 485 226 374 E podatelna@kraj-lbc.cz

Adresa internetových stránek

Identifikátor datové schránky

Adresa elektronické pošty

I. Změna údajů o poskytovateli (zaškrtněte požadovanou změnu)

- změna názvu poskytovatele právnické osoby
- změna trvalého bydliště poskytovatele fyzické osoby
- změna příjmení poskytovatele fyzické osoby

Jméno, příjmení, titul/Název poskytovatele

.....

Adresa místa trvalého pobytu:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

II. Změna údajů o statutárním orgánu poskytovatele (zaškrtněte požadovanou změnu)

- změna osobních údajů člena statutárního orgánu
- ustanovení nového člena statutárního orgánu
- ukončení výkonu funkce člena statutárního orgánu(jméno)

Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení Státní občanství

Datum a místo narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

Kontaktní údaje: telefon: e-mail:

Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení Státní občanství

Datum a místo narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

Kontaktní údaje: telefon: e-mail:

III. Změna údajů o odborném zástupci poskytovatele

- změna osobních údajů odborného zástupce (*změna osoby odborného zástupce viz. žádost o změnu odborného zástupce*)
 - změna příjmení odborného zástupce
 - změna trvalého pobytu odborného zástupce

Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení Státní občanství

Datum a místo narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

Kontaktní údaje: telefon: e-mail:

Uved'te zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění

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

ČPZP (205) RBP (213) ZPŠ (209)

V případě, že 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, uveďte rodné číslo člena statutárního orgánu nebo odborného zástupce:

Jméno a příjmení r. č.

Jméno a příjmení r. č.

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 2 zákona č. 251/2016 Sb., zákona o některých přestupcích, v platném znění).

Dne:

.....
Jméno, příjmení, titul oznamovatele/osoby
oprávněné jednat za oznamovatele
(vypište hůlkovým písmem)

.....
podpis oznamovatele/osoby oprávněné jednat za
oznamovatele

Informace pro poskytovatele:

Nejde-li o postup podle § 20a zákona o zdravotních službách, je poskytovatel dle § 21 zákona o zdravotních službách povinen písemně oznámit příslušnému správnímu orgánu **změny týkající se údajů uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění** k poskytování zdravotních služeb a dále všechny změny týkající se údajů v dokladech předkládaných se žádostí o udělení oprávnění **a předložit o těchto změnách doklady**, pokud mohou být důvodem pro pozastavení, změnu, zrušení nebo zánik oprávnění. Poskytovatel je dále povinen písemně oznámit správnímu orgánu, který vydal souhlas, povolení nebo jiné rozhodnutí nebo závazné stanovisko jako podklad pro rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, všechny změny týkající se těchto rozhodnutí nebo závazného stanoviska, pokud mohou být důvodem pro jejich změnu, zrušení nebo odejmutí.

Poskytovatel je povinen změny oznámit do 15 dnů ode dne, kdy se o nich dozvěděl.

Informace ke správnímu poplatku:

Dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, nejsou výše uvedené změny předmětem poplatku. ***Správní poplatek NEPLAŤTE.***