



KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví

## **P r o h l á š e n í**

odborného zástupce podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách)

**Název poskytovatele:** .....

**IČO:** .....

**Jméno, příjmení, titul odborného zástupce:**

.....

**datum narození:** .....

**Adresa místa trvalého pobytu:**

**Obec** ..... **část obce** .....

**Ulice** ..... **č. p./č. o.** ..... **PSČ** .....

### **prohlašuji,**

že souhlasím s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u mě netrvá žádný z důvodů uvedených v § 14 odst. 1 a 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, pro který bych nemohl/a funkci odborného zástupce vykonávat:

- jsem způsobilý/á k samostatnému výkonu zdravotnického povolání podle § 12 zákona č. 372/2011 Sb.
- jsem členem České lékařské/stomatologické/lékařnické komory, jestliže členství v komoře je podmínkou pro výkon tohoto povolání
- jsem plně svéprávný/á
- jsem bezúhonný/á
- jsem držitelem/kou povolení k pobytu na území České republiky, pokud mám povinnost takové povolení mít
- netrvá u mě některá z překážek pro udělení oprávnění uvedená v ustanovení § 17 zákona č. 372/2011 Sb.
- nevykonávám funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele

**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).**

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

.....  
podpis odborného zástupce

T +420 485 226 374 E [podatelna@kraj-lbc.cz](mailto:podatelna@kraj-lbc.cz)