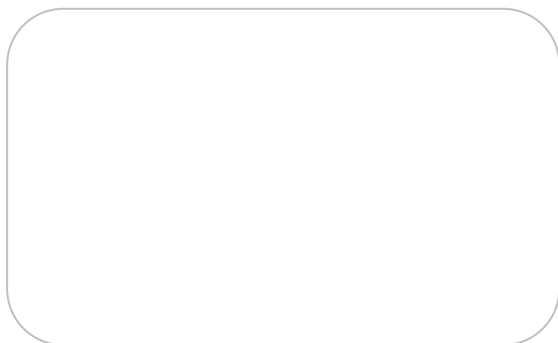




KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví



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

dle § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

**Údaje o žadateli (právnická osoba):**

Obchodní firma (název) .....

Adresa sídla:

Obec ..... část obce .....

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

stát: .....

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

.....

**IČO** *(bylo-li přiděleno)*: .....

**Údaje o zřizovateli<sup>1</sup>**

Název: .....

Adresa sídla:

Obec ..... část obce .....

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

Stát ..... IČO .....

<sup>1</sup> pouze v případě, je-li žadatel organizační složkou státu či územního samosprávného celku

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

**Další kontaktní údaje poskytovatele dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů<sup>2</sup>:**

Telefon ..... Fax .....

Adresa internetových stránek .....

Identifikátor datové schránky .....

Adresa elektronické pošty .....

**Údaje o statutárním orgánu žadatele** (*uved'te všechny členy statutárního orgánu, v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku, uveďte se údaje o vedoucím organizační složky*):

**1. Jméno, příjmení, titul .....**

Rodné příjmení ..... Státní občanství .....

Datum a místo narození .....

Adresa místa trvalého pobytu (*osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR*):

Obec ..... část obce .....

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

Stát .....

Telefon ..... Email .....

**2. Jméno, příjmení, titul .....**

Rodné příjmení ..... Státní občanství .....

Datum a místo narození .....

Adresa místa trvalého pobytu (*osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR*):

Obec ..... část obce .....

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

Stát .....

Telefon ..... Email .....

**Odborný zástupce** (*je-li více odborných zástupců, uveďte všechny*):

Jméno, příjmení, titul .....

<sup>2</sup> 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.

Rodné příjmení ..... Státní občanství .....

Datum a místo narození .....

Adresa místa trvalého pobytu (*osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR*):

Obec ..... část obce .....

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

Stát .....

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;

1. Obec: ..... část obce .....

Ulice ..... č.p/č.o. .... PSČ .....

Telefon ..... Email .....

Obor<sup>3</sup>: .....

| FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE   |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>ambulantní péče</b>  | <input type="checkbox"/> <b>lůžková péče</b>               |
| ▪ primární   | ▪ akutní lůžková péče intenzivní                           |
| ▪ specializovaná   | ▪ akutní lůžková péče standardní                           |
| ▪ stacionární  | ▪ následná lůžková péče                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>jednodenní péče</b>  | ▪ dlouhodobá lůžková péče                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:</b> |  |
| ▪ návštěvní služba   | ▪ paliativní   |
| ▪ domácí péče - ošetrovatelská   | ▪ umělá plicní ventilace                                   |
| ▪ léčebně rehabilitační  | ▪ dialýza  |
| DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE  | NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY                                     |
| <input type="checkbox"/> léčebně rehabilitační péče  | <input type="checkbox"/> zdravotnická záchranná služba     |
| <input type="checkbox"/> lázeňská léčebně rehabilitační péče   | <input type="checkbox"/> zdravotnická dopravní služba      |
| <input type="checkbox"/> ošetrovatelská péče   | <input type="checkbox"/> přeprava pacientů neodkladné péče |
| <input type="checkbox"/> paliativní péče   |  |
| <input type="checkbox"/> lékařská péče   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení</b>         |  |
| <input type="checkbox"/> <b>hospic</b>   |  |

<sup>3</sup> dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů

2. Obec ..... část obce .....
- Ulice ..... č.p/č.o. .... PSČ .....
- Telefon ..... Email .....
- Obor .....

| FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE   |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>ambulantní péče</b>  | <input type="checkbox"/> <b>lůžková péče</b>               |
| ▪ primární   | ▪ akutní lůžková péče intenzivní                           |
| ▪ specializovaná   | ▪ akutní lůžková péče standardní                           |
| ▪ stacionární  | ▪ následná lůžková péče                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>jednodenní péče</b>  | ▪ dlouhodobá lůžková péče                                  |
| <input type="checkbox"/> <b>zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:</b> |  |
| ▪ návštěvní služba   | ▪ paliativní   |
| ▪ domácí péče - ošetrovatelská   | ▪ umělá plicní ventilace                                   |
| ▪ léčebně rehabilitační  | ▪ dialýza  |
| DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE  | NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY                                     |
| <input type="checkbox"/> léčebně rehabilitační péče  | <input type="checkbox"/> zdravotnická záchranná služba     |
| <input type="checkbox"/> lázeňská léčebně rehabilitační péče   | <input type="checkbox"/> zdravotnická dopravní služba      |
| <input type="checkbox"/> ošetrovatelská péče   | <input type="checkbox"/> přeprava pacientů neodkladné péče |
| <input type="checkbox"/> paliativní péče   |  |
| <input type="checkbox"/> lékárenská péče   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení</b>         |  |
| <input type="checkbox"/> <b>hospic</b>   |  |

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

- a) Jakožto nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadního poskytovatele (název) .....  
hodlám zahájit poskytování zdravotních služeb **dnem odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb tomuto poskytovateli** – POZOR v takovém případě je třeba žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podat **nejpozději v den podání žádosti o odejmutí oprávnění dosavadním poskytovatelem.**
- b) Dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
- c) Jiné datum (vypsát konkrétní datum) .....

**Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby** .....  
(vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou)

**Rodné číslo - pro potřeby výpisu z rejstříku trestů<sup>4</sup>:**

**Člen statutárního orgánu:**

Jméno a příjmení ..... r. č. ....

Jméno a příjmení ..... r. č. ....

Jméno a příjmení ..... r. č. ....

**Odborný zástupce:**

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).**

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

.....  
jméno, příjmení, titul osoby oprávněné  
jednat za žadatele  
(vypište hůlkovým písmem)

.....  
podpis osoby oprávněné jednat  
za žadatele

**Pokyny k úhradě správního poplatku:**

Přijetí žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle položky 25 zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 1 000 Kč. Správní poplatek **ve výši 1 000 Kč** lze uhradit:

- **převodem na číslo účtu: 19-7964100227/0100, var. symbol 136109, specifický symbol rodné číslo nebo IČO poskytovatele,**  
nebo
- **v pokladně Krajského úřadu Libereckého kraje (10. patro).**

<sup>4</sup> Doplněte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů, podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

**K žádosti předložte v originále nebo v ověřené kopii:**

- 1) Doklad o tom, že právnická osoba byla zřízena nebo založena, pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku, nebo pokud zápis ještě nebyl proveden. Je-li žadatelem právnická osoba se sídlem mimo území ČR, předloží výpis z obchodního nebo obdobného rejstříku vedeného ve státě sídla a doklad o tom, že právnická osoba, popřípadě podnik nebo organizační složka podniku právnické osoby na území ČR, byly zapsány do obchodního rejstříku, pokud zápis již byl proveden. Doklad o zápisu do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo výpis těchto rejstříků, který nesmí být starší 3 měsíců. *(Doklady se nepředkládají, jde-li o právnickou osobu zřízenou na území ČR zákonem nebo bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku.)*
- 2) Doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy *(pouze v případě, že nebyly poskytnuty údaje v žádosti)*
- 3) Doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou *(pouze v případě, že nebyly poskytnuty údaje v žádosti)*
- 4) K osobě odborného zástupce doložte:
  - a) doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 95/2004 Sb. či zákona č. 96/2004 Sb., *(tj. doklady o vzdělání)*
  - b) doklad o zdravotní způsobilosti *(vydaný registrujícím praktickým lékařem, ne starší než 3 měsíce)*
  - c) doklad o bezúhonnosti *(pouze v případě, že nebyly poskytnuty údaje v žádosti)*
  - d) doklad o tom, že je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli podle § 14 odst. 2 zákona o zdravotních službách
  - e) jeho prohlášení, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u něj netrvá žádný z důvodů uvedených v § 14 odst. 1 a 3 zákona o zdravotních službách, pro který by nemohl tuto funkci vykonávat.
- 5) Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli. *(viz formulář)*
- 6) Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno podle tohoto zákona. *(viz formulář)*
- 7) Souhlasné závazné stanovisko vydané SÚKL k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče.
- 8) Souhlas MZ ČR s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče, jde-li o poskytování této péče.
- 9) Pravomocné rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád.
- 10) Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb.
- 11) Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR žadatele a odborného zástupce, pokud mají povinnost takové povolení mít.
- 12) Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v § 17 písm. b) a c) zákona o zdravotních službách a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v § 17 písm. d) nebo e) zákona o zdravotních službách.
- 13) Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí k žádosti též doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele. Předložení dokladu dle bodu 5 lze nahradit prohlášením žadatele o tom, že nedošlo ke změnám údajů v těchto dokladech předložených dosavadním poskytovatelem, v tomto případě se rovněž nepředkládá doklad uvedený v bodu 7. Je-li žadatelem o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb osoba, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb podle § 27, platí pro předložení dokladů věty první a druhá obdobně.
- 14) V případě poskytování dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání smlouvu o zajištění akutní zdravotní péče s poskytovatelem ambulanci péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.