**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/lékárnické 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