**Žádost o udělení povolení k poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení**

dle § 11a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

# Údaje o žadateli:

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

……………………………………………….……………………………………………….…

IČO: …………………………………………

Datum a místo narození (fyzická osoba) ………………………………………………………..

adresa místa trvalého pobytu/adresa sídla:

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)*

Telefon …….………………….…………………… Fax ………..……………….…………….

Adresa internetových stránek …………………………………….……….……………………

Identifikátor datové schránky …………….………………………..……….………………….

Adresa elektronické pošty …………………………………………………..…………………

# Údaje o zřizovateli *(pouze v případě, je-li žadatel organizační složkou státu či územního samosprávného celku)*:

Název: …………………………………………………………………………………………

adresa sídla (obec, ulice č.p., PSČ, stát):

…………………………………………………………………………………………………

**Adresa pro doručování písemností:**

Obec ……………….…….……..……… část obce …………………………………………….

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

Stát …………………………………………………………………

**Žádám o vydání rozhodnutí o udělení povolení k poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení, dle ustanovení §11a odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v rozsahu:**

* **Vymezení činností, které budou poskytovány mimo zdravotnické zařízení:**

………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………….…

* **Místo(a), kde budou zdravotní výkony poskytovány mimo zdravotnické zařízení**

………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………………………….…

* **Doba, na kterou má být povolení uděleno, určená konkrétním datem (povinný údaj, musí být uvedeno)**

………………………………………………………………………………………….…

**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 žadatele (ev. osoby oprávněné podpis žadatele (ev. osoby oprávněné jednat za žadatele)

jednat za žadatele

*(vypište hůlkovým písmem)*

**Poznámka: Dle § 11a odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, musí být k Žádosti o udělení povolení předloženy:**

* **Kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud rozhodnutí nevydal krajský úřad příslušný k udělení povolení**
* **Závazné stanovisko Krajské hygienické stanice**