**Žádost o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování**

**zdravotních služeb – *změna odborného zástupce, sídla***

dle § 20a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

(zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

# Údaje o poskytovateli zdravotních služeb:

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

IČO: …………………………………………

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

Adresa místa trvalého pobytu fyzické osoby *(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 …………………………………………………………………

Adresa sídla fyzické osoby/právnické osoby:

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

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

Stát …………………………………………………………………

**Kontaktní údaje dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů[[1]](#footnote-1):**

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

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

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

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

1. **Dle § 20a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách žádám o změnu adresy sídla**
2. žádám o zrušení sídla na adrese:

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

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

Stát …………………………………………………………………

1. žádám o zapsání sídla na adrese:

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

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

Stát …………………………………………………………………

**Datum, k němuž žádám o provedení změny:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí
* jiné datum …………………………
1. **Dle § 20a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách žádám o změnu odborného zástupce uvedeného v oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 19 odst. 1 písm. a), odst. 2 písm. c) nebo odst. 3 písm. d)**
2. žádám o ukončení výkonu funkce odborného zástupce:

**Odborný zástupce** *(je-li/musí-li být ustanoven v souladu s ust. § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):*

Jméno, příjmení, titul ………………………………………….………………………………

1. žádám o ustanovení nového odborného zástupce:

**Odborný zástupce** *(je-li/musí-li být ustanoven v souladu s ust. § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):*

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 …………………………………………………………………

*(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: …………………………………. Email ……………………………………………

**Datum, k němuž žádám o provedení změny:**

* dnem nabytí právní moci rozhodnutí
* jiné datum …………………………

**Uveďte 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. ……………………………

**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/osoby oprávněné podpis žadatele/osoby oprávněné jednat za žadatele

jednat za žadatele *(vypište hůlkovým písmem)*

**Správní poplatek se nehradí:** Dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, není předmětem poplatku přijetí žádosti o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb z důvodu změny sídla nebo odborného zástupce.

**Poznámka:** Dle § 20b zákona o zdravotních službách, žádost podle § 20a kromě náležitostí stanovených správním řádem obsahuje údaj o požadované změně oprávnění a doklady podle § 18 odst. 2 zákona o zdravotních službách, prokazující splnění podmínek pro poskytování zdravotních služeb po změně oprávnění, a to v rozsahu odpovídajícím požadované změně.

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. [↑](#footnote-ref-1)