**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[[1]](#footnote-1)

# Název: ……………………………………………..…………………………………………….

Adresa sídla:

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

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

**Další kontaktní údaje poskytovatele dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů[[2]](#footnote-2):**

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

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

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

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

**Údaje o statutárním orgánu žadatele** *(uveďte všechny členy statutárního orgánu, v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku, uvedou 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 ……………………………………………..

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 ……………………………………………..

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

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 ……………………………………………..

**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[[3]](#footnote-3): ………………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE**  |
| * **ambulantní péče**
 | * **lůžková péče**
 |
| * primární
 | * + akutní lůžková péče intenzivní
 |
| * specializovaná
 | * + akutní lůžková péče standardní
 |
| * stacionární
 | * + následná lůžková péče
 |
| * **jednodenní péče**
 | * + dlouhodobá lůžková péče
 |
| * **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**:
 |
| * + návštěvní služba
 | * + paliativní
 |
| * + domácí péče - ošetřovatelská
 | * + umělá plicní ventilace
 |
| * + léčebně rehabilitační
 | * + dialýza
 |
| **DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE** | **NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY** |
| * léčebně rehabilitační péče
 | * zdravotnická záchranná služba
 |
| * lázeňská léčebně rehabilitační péče
 | * zdravotnická dopravní služba
 |
| * ošetřovatelská péče
 | * přeprava pacientů neodkladné péče
 |
| * paliativní péče
 |  |
| * lékárenská péče
 |  |

|  |
| --- |
|  |
| * **provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení**
 |
| * **hospic**
 |

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

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

Telefon ……………………………..…. Email ……………………………………………

**Obor …………………………………………………………………………..……………**

|  |
| --- |
| **FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE**  |
| * **ambulantní péče**
 | * **lůžková péče**
 |
| * primární
 | * + akutní lůžková péče intenzivní
 |
| * specializovaná
 | * + akutní lůžková péče standardní
 |
| * stacionární
 | * + následná lůžková péče
 |
| * **jednodenní péče**
 | * + dlouhodobá lůžková péče
 |
| * **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**:
 |
| * + návštěvní služba
 | * + paliativní
 |
| * + domácí péče - ošetřovatelská
 | * + umělá plicní ventilace
 |
| * + léčebně rehabilitační
 | * + dialýza
 |
| **DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE** | **NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY** |
| * léčebně rehabilitační péče
 | * zdravotnická záchranná služba
 |
| * lázeňská léčebně rehabilitační péče
 | * zdravotnická dopravní služba
 |
| * ošetřovatelská péče
 | * přeprava pacientů neodkladné péče
 |
| * paliativní péče
 |  |
| * lékárenská péče
 |  |

|  |
| --- |
|  |
| * **provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení**
 |
| * **hospic**
 |

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

1. 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**.
2. Dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.
3. Jiné datum (vypsat 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[[4]](#footnote-4)**:

**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 podpis osoby oprávněné jednat

jednat za žadatele za žadatele

*(vypište hůlkovým písmem)*

**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).**

**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 samosprávního 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:
	1. doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 95/2004 Sb. či zákona č. 96/2004 Sb., *(tj. doklady o vzdělání)*
	2. doklad o zdravotní způsobilosti *(vydaný registrujícím praktickým lékařem, ne starší než 3 měsíce)*
	3. doklad o bezúhonnosti *(pouze v případě, že nebyly poskytnuty údaje v žádosti)*
	4. doklad o tom, že je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli podle § 14 odst. 2 zákona o zdravotních službách
	5. 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 ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.
1. pouze v případě, je-li žadatel organizační složkou státu či územního samosprávného celku [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)
3. 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 [↑](#footnote-ref-3)
4. Doplňte, 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 [↑](#footnote-ref-4)