

Oznámení / žádost o změnu oprávnění (registrace) – právnická osoba

podle zákona č. 372/2011 Sb.,
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách)

Poskytovatel zdravotních služeb:

Obchodní firma nebo název,

sídlo – ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

v případě P.O. se sídlem mimo území ČR též místo usazení podniku P.O. na území ČR:

sídlo – ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

IČ¹:.....datová schránka²:.....

(Nepovinné údaje telefon a e-mail - slouží pro komunikaci se správním úřadem:)

Telefon:.....email:.....

Místo poskytování zdravotních služeb:

Obor:

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....Okres:.....

Bezbariérový přístup pro imobilní pacienty (přístup pro vozíčkáře): ☐ ANO x ☐ NE

Telefon do ordinace:.....
(bude zveřejněn v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb)

E-mail pro pacienty:.....
(bude zveřejněn v Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb)

Oznamuji / žádám podle § 20a a následujících, zákona o zdravotních službách, o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb / registrace nestátního zdravotnického zařízení.

¹ je-li přiděleno

² je-li zřízena

Zaškrtněte, čeho se změna týká:

1) Údaje o poskytovateli – právnické osoby - zdravotních služeb

- a) změna názvu společnosti:.....
- b) změna sídla společnosti:.....

2) Změna statutárního orgánu poskytovatele

- a) změna osobních údajů stávajícího statutárního orgánu
 - změna příjmení:.....
 - změna trvalého pobytu:.....
- b) ustanovení nového statutárního orgánu:.....
- c) ukončení výkonu funkce statutárního orgánu:.....

3) Údajů o odborném zástupci:

- a) změna osobních údajů odborného zástupce
 - změna příjmení:.....
 - změna trvalého pobytu:.....
- b) ustanovení nového odborného zástupce:.....
- c) vyjmutí odborného zástupce:

4) Údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb:

- a) změna míst/a poskytování:.....
- b) rozšíření o místo/a poskytování:.....
- c) zrušení míst/a poskytování:.....

5) Údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:

- a) rozšíření poskytovaných služeb o obor/y včetně uvedení formy případně druhu poskytovaných zdravotních služeb:
- b) zrušení poskytovaných služeb v oboru/v oborech:

6) Změna data zahájení poskytování zdravotních služeb:.....

7) Změna doby, po kterou budou poskytovány zdravotní služby:....

8) Jiné změny:

.....

Datum účinnosti změny/změn:

Zdravotní pojišťovny

Uveďte (zaškrtněte) zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně, pozastavení či zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

☐ VZP (111) ☐ VOZP (201) ☐ ZP MV ČR (211) ☐ OZP (207)

☐ ČPZP (205) ☐ ZPŠ (209) ☐ RBP (213)

☐ Nemám uzavřené smlouvy s žádnou zdravotní pojišťovnou

Příloha: Vyplněné tiskopisy Příloh s uvedenými změnami včetně dokladů, jichž se změna týká.

Rozhodnutí: (zaškrtněte)

1. Zaslát DS
2. Vyzvednu osobně

Adresa pro doručování písemností je-li odlišná od adresy sídla společnosti:

ulice:..... č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle ustanovení § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V.....dne

Jméno, podpis, razítko.....

Poznámka:

Přijetí žádosti o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů správnímu poplatku.

Změna, jejímž předmětem je - změna rozsahu zdravotních služeb, týkající se formy, oboru nebo druhu zdravotní péče nebo zdravotní služby, - místa poskytování zdravotních služeb, místa pracoviště poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče nebo místa kontaktního pracoviště poskytovatele domácí péče, nebo - doby platnosti oprávnění	500,-Kč
--	---------

Ostatní změny nepodléhají správnímu poplatku.

Správní poplatek můžete uhradit bankovním převodem na č.ú. 882 733 379/0800, VS 12131118 nebo hotově v pokladně Krajského úřadu Ústeckého kraje, přízemí.

Kopii dokladu o zaplacení přiložte k žádosti