

## Žádost o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb/registrace nestátního zdravotnického zařízení – právnická osoba

podle ust. § 23 zákona č. 372/2011 Sb.,  
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách)

Žádám o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb/registrace nestátního  
zdravotnického zařízení vydaného dne.....pod č.j.....

### 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:.....

IČ:.....datová schránka:.....

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

telefon:.....email:.....

Obor poskytované péče:.....

### Místo poskytování zdravotních služeb:

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....Okres:.....

Telefon do ordinace: .....

Odejmutí oprávnění/zrušení registrace žádám ke dni: .....

### Zdravotní pojišťovny

Uvedte (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

**Rozhodnutí: (zaškrtněte)**

1. Zaslát DS
2. Vyzvednu osobně

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V.....dne .....

Jméno, podpis.....

**Poznámka:**

Přijetí žádosti o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo o zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů **správnímu poplatku ve výši 150,- Kč.**

**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**

**Přílohy: 1) Oznámení pro pacienty o ukončení poskytování zdravotních služeb**

**2) Zápis o předání zdravotnické dokumentace**

Žádost o odejmutí oprávnění/registrace, musí být podle ustanovení § 23 odst. 2 zákona o zdravotních službách podána nejpozději **60 dnů** pře dnem, k němuž poskytovatel požaduje odejmout oprávnění nebo zrušit registraci nestátního zdravotnického zařízení

## Předběžný zápis o předání zdravotnické dokumentace

Dne ..... bude předána aktivní kompletní zdravotnická dokumentace včetně soupisu po zrušení (zániku) oprávnění k poskytování zdravotních služeb poskytovatele:.....  
.....

Místo poskytování zdravotních služeb: .....  
.....

Obor:.....

Telefon do ordinace:.....

E- mail pro pacienty (pokud je zřízen):.....

Zaškrtněte a doplňte náležitosti přebírajícího nebo zaškrtněte KÚÚK

☐ Navazující poskytovatel zdravotních služeb: .....  
.....  
.....

☐ Krajskému úřadu Ústeckého kraje (KÚÚK)

Předávající:  
Razítko, podpis:

Přebírající:  
Podpis:

V.....

Dne.....

## Oznámení pro pacienty o ukončení poskytování zdravotních služeb

Poskytovatel:

---

Místo poskytování zdravotních služeb:

---

Obor poskytované zdravotní péče:

---

Končí svojí činnost k datu: \_\_\_\_\_

Datum, do kdy pacient může předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace novému poskytovateli zvolenému pacientem: \_\_\_\_\_

Adresa pro předložení žádosti

---

---

Pokračovat v poskytování zdravotních služeb na tomto místě bude<sup>1</sup>:

---

---

---

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

---

razítko a podpis poskytovatele

<sup>1</sup> Nehodící se škrtněte