

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

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

Poskytovatel zdravotních služeb:

titul, jméno/jména, příjmení

rodné příjmení

datum narození

trvalý pobyt: ulice..... č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

IČ:.....datová schránka¹:.....

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

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

(zaškrtněte)

- ☐ člen České lékařské komory
- ☐ člen České lékárnické komory
- ☐ člen České stomatologické komory
- ☐ nelékař
- ☐ ustanoven odborný zástupce

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)

¹ je-li zřízena

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

Zaškrtněte, čeho se změna týká:

1) Osobních údajů poskytovatele zdravotních služeb

- a) změna příjmení:.....
- b) změna trvalého pobytu:.....

2) Údajů o odborném zástupci:

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

3) Údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb:

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

4) 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:.....

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

6) Doby, po kterou budou poskytovány zdravotní služby:.....

7) Jiné změny:

.....

Datum účinnosti změny/změn:

Zdravotní pojišťovny

Uved'te (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 o změně: (zaškrtněte)

1. Zaslat DS
2. Vyzvednu osobně

Adresa pro doručování písemností je-li odlišná od adresy trvalého pobytu:

ulice..... č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

V.....dne

Jméno, podpis.....

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.

Pokyny na další straně.

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

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).