

Žádost o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb/registrace nestátního zdravotnického zařízení – fyzická 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:

titul, jméno/jména, 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:.....

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

Uveďte 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

¹ je-li zřízena

Rozhodnutí: (zaškrtněte)

1. Zaslát DS
2. Vyzvednu osobně

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

ulice:..... č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....

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 v prohlášení (přestupek podle § 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 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** před 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 bude¹:

V _____ **dne** _____

razítko a podpis poskytovatele

¹ Nehodící se škrtněte