

Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb **právnícká osoba**

na základě § 16 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách)

Žadatel:

Název a právní forma:.....

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

obec:..... PSČ:.....

IČO¹:..... datová schránka²:.....

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

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

*v případě právnické osoby se sídlem mimo území ČR též místo usazení podniku právnické osoby
na území ČR:*

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

obec:..... PSČ:.....

Údaje o zřizovateli: *)

Název:..... IČO:.....

Adresa sídla: ulice..... č.p./č.p...../.....

obec:..... PSČ:.....

Vedoucí organizační složky státu:*))**

Titul, jméno, 2. jméno, příjmení

rodné příjmení.....státní občanství.....

datum narození.....

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

obec:..... PSČ:.....

*) bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu či územního samosprávného celku

**) Neuvádí se v případě BIS a Úřadu pro zahraniční styky a informace

¹ je-li přiděleno

² je-li zřízena

Datum zahájení poskytování zdravotních služeb:.....

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby:

(vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou)

Rozhodnutí: (zaškrtněte)

1. Zaslát DS
2. Zaslát poštou¹
3. 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).

Vdne.....

Jméno a podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Poznámka:

Přijetí žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů správnímu poplatku ve výši **1.000,- Kč**. Správní poplatek lze uhradit bankovním převodem na č.ú. 882 733 379/0800, VS 12131120 nebo hotově v pokladně Krajského úřadu Ústeckého kraje. Při platbě bankovním převodem uveďte své jméno do zprávy pro příjemce.

Kopii dokladu o zaplacení přiložte k žádosti

¹ pouze v případě, že společnost není zapsána v obchodním rejstříku

Forma zdravotní péče (pro každý obor):²

Ambulantní péče
Primární ambulantní péče
Specializovaná ambulantní péče
Stacionární péče
Akutní lůžková péče intenzivní
Akutní lůžková péče standardní
Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP)
Dlouhodobá lůžková paliativní péče
Dlouhodobá lůžková péče - standardní
Jednodenní péče
Následná léčebně rehabilitační péče
Následná lůžková intenzivní péče
Následná lůžková péče - standardní
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - dialýza
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - domácí péče - léčebně rehabilitační
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - domácí péče - ošetrovatelská
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - domácí péče - paliativní
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - návštěvní služba
Zdrav. péče poskytovaná ve vlastním soc. prostředí pacienta - umělá plicní ventilace

Popř. Druh zdravotní péče³:

Léčebně rehabilitační péče
Lázeňská léčebně rehabilitační péče
Ošetrovatelská péče
Paliativní péče
Lékařská péče, výdej a prodej zdravotnických prostředků

Popř. Zdravotní služba:

Zdravotnická záchranná služba
Zdravotnická dopravní služba
Přeprava pacientů neodkladné péče
Odběrová nebo tkáňová zařízení
Transfúzní služba nebo krevní banka

Obor/obory zdravotní péče:

.....
(dle zákona č.95/2004 Sb., vyhlášky č.185/2009 Sb. a zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Místo poskytování zdravotních služeb⁴:

.....
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)

² Nehodící se škrtněte

³ Nehodící se škrtněte

⁴ V případě více míst vytiskněte potřebný počet stran 3 a 4

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).

Vdne.....

Jméno a podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Statutární orgán poskytovatele⁵:

titul, jméno, 2.jméno, příjmení

rodné příjmení (u cizinců) *)

číslo OP*).....státní občanství.....

datum narození.....pohlaví*).....

místo narození*).....okres*).....stát*).....

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

obec:.....PSC:.....

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

Statutární orgán poskytovatele:

titul, jméno/jména, příjmení

rodné příjmení (u cizinců) *).....

číslo OP*).....státní občanství.....

datum narození.....pohlaví*).....

místo narození*).....okres*).....stát*).....

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

obec:.....PSC:.....

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

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).

Vdne.....

Jméno a podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

⁵ V případě více statutárních zástupců vytiskněte potřebný počet strany 5

*) pro účely výpisu z Rejstříku trestů (podle § 13 odst. 3 zákona žádá o vydání výpisu pro účely správního řízení správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb)

Prohlášení odborného zástupce

Název poskytovatele:.....

IČO:.....

Titul, jméno, příjmení odborného zástupce.....

rodné příjmení (u cizinců *)

číslo OP*)..... státní občanství.....

datum narození.....pohlaví*).....

místo narození*).....okres*).....stát*).....

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

obec:.....PSČ:.....

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

(nepovinné údaje telefon a email – slouží ke komunikaci se správním úřadem)

Prohlašuji, že souhlasím s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u mě netrvá žádný z důvodů uvedených v § 14 odst. 1 a 3 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, pro který bych nemohl/a funkci odborného zástupce vykonávat:

- jsem způsobilý/á k samostatnému výkonu zdravotnického povolání podle § 12 zákona č. 372/2011 Sb.
- jsem členem České lékařské/stomatologické/lékařnické komory, jestliže členství v komoře je podmínkou pro výkon povolání
- jsem plně svéprávný/á
- jsem bezúhonný/á
- jsem držitelem povolení k pobytu na území České republiky, pokud mám povinnost takové povolení mít
- netrvá u mě některá z překážek pro udělení oprávnění uvedená v ustanovení § 17 zákona č. 372/2011 Sb.
- nevykonávám funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele

Odborný zástupce odborně řídí poskytování zdravotních služeb.

Funkce odborného zástupce musí být vykonávána v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli. Tato podmínka neplatí, je-li odborný zástupce statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu poskytovatele nebo je-li odborný zástupce manželem nebo registrovaným partnerem poskytovatele; i v tomto případě musí být odborný zástupce k poskytovateli ve smluvním vztahu.

Odborný zástupce je povinen písemně oznámit poskytovateli všechny změny údajů uvedených o něm v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, v žádosti o udělení tohoto oprávnění a v dokladech předkládaných s touto žádostí a změny a doplnění údajů týkajících se podmínek pro výkon funkce odborného zástupce a předložit doklady o nich. Změny a doplnění údajů podle věty první musí odborný zástupce oznámit do 10 dnů ode dne, kdy k nim došlo.

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).

Vdne.....

Podpis odborného zástupce:.....

*) pro účely výpisu z Rejstříku trestů (podle § 13 odst. 3 zákona žádá o vydání výpisu pro účely správního řízení správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb)

Prohlášení o věcném a technickém vybavení

žadatele o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 18 odst.2 písm. a) bod 5. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Žadatel:

Název a právní forma:.....

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

obec:.....PSČ:.....

IČO¹:.....

v případě právnické osoby se sídlem mimo území ČR též místo usazení podniku právnické osoby na území

ČR:

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

obec:.....PSČ:.....

prohlašuji,

že zdravotnické zařízení na adrese:

Místo poskytování zdravotních služeb:

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ:.....Okres:.....

obory:.....

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

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 § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

Vdne.....

Podpis žadatele

Další místo poskytování zdravotních služeb:

¹ je-li přiděleno

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ.....Okres:.....

obory:

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

Další místo poskytování zdravotních služeb:

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ.....Okres:.....

obory:

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

Další místo poskytování zdravotních služeb:

ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....

obec:.....PSČ.....Okres:.....

obory:

je v souladu s ustanovením § 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách a v souladu s vyhláškou č.92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče v platném znění, pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

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).

Vdne.....

Jméno a podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Prohlášení, že netrvá žádná překážka pro udělení oprávnění podle § 17

žadatele o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 18 odst. 2 písm. c) bod 6. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Žadatel – právnická osoba:

Název a právní forma:.....

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

obec:.....PSČ:.....

IČO.....

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:.....

prohlašuji

dle ustanovení § 18 odst. 2 písm. c) bod 6 zákona o zdravotních službách, že **netrvá žádná z překážek** pro udělení oprávnění uvedených v § 17 zákona o zdravotních službách.

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).

Vdne.....

Jméno a podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

Oprávnění k poskytování zdravotních služeb nelze udělit

§ 17 zákona o zdravotních službách

- a) fyzické osobě, které byl uložen soudem nebo správním orgánem zákaz činnosti spočívající v poskytování zdravotních služeb, a to po dobu trvání tohoto zákazu,
- b) fyzické nebo právnické osobě, které bylo odňato oprávnění podle § 24 odst. 2 písm. b), odst. 3 písm. a), b), c) nebo d) nebo odst. 4 písm. a), b), c), d) nebo e), a to po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o odnětí oprávnění,
- c) fyzické nebo právnické osobě po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zamítnutí insolvenčního návrhu proto, že majetek dlužníka nepostačuje k úhradě nákladů insolvenčního řízení nebo po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o zrušení konkursu proto, že majetek dlužníka je zcela nepostačující pro uspokojení věřitelů,
- d) fyzické nebo právnické osobě, jestliže soud v insolvenčním řízení nařídil předběžné opatření, jímž tuto osobu, jejíž úpadek nebo hrozící úpadek se v tomto řízení řeší, omezil v nakládání s majetkovou podstatou a předběžný insolvenční správce nedal k úkonům této osoby souvisejícím se vznikem oprávnění písemný souhlas, nebo
- e) fyzické nebo právnické osobě v průběhu insolvenčního řízení, na jejíž majetek byl prohlášen konkurs, a insolvenční správce nedal k úkonům této osoby souvisejícím se vznikem oprávnění písemný souhlas.

§ 24 (vybraná ustanovení)

(2) Příslušný správní orgán pozastaví nebo odejme oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže poskytovatel

- b) není pojištěn pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

(3) Příslušný správní orgán může pozastavit nebo odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže

- a) poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnost stanovenou pro poskytování zdravotních služeb tímto zákonem nebo jiným právním předpisem,
- b) poskytovatel nesplnil povinnost odstranit zjištěné nedostatky ve stanovené lhůtě,
- c) poskytovatel nevede zdravotnickou dokumentaci nebo ji vede v rozporu s tímto zákonem nebo jiným právním předpisem, nebo
- d) poskytovatel neplní povinnost platit pojistné na sociální zabezpečení a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

(4) Příslušný správní orgán může odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže

- a) poskytovatel poskytoval zdravotní služby pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky,
- b) poskytovatel opakovaně poskytoval zdravotní služby prostřednictvím osoby, která byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, a neučinil nápravná opatření,
- c) poskytovatel poskytoval zdravotní služby prostřednictvím osoby, která není způsobilá k výkonu zdravotnického povolání podle jiného právního předpisu,
- d) poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnosti vyplývající pro něj ze zákona o veřejném zdravotním pojištění,
- e) poskytovatel opakovaně požadoval od pacientů úhradu za zdravotní služby v rozporu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění
- f) zdravotní služby nejsou poskytovány po dobu delší než 1 rok

SEZNAM ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JINÝCH ODBORNÝCH PRACOVNÍKŮ

dle ustanovení § 18 odst. 2 písm. c) bod 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Poskytovatel zdravotních služeb (název společnosti):

Sídlo společnosti:

IČO (pokud bylo přiděleno):

Osoba oprávněná jednat jménem společnosti:

Místo poskytování zdravotních služeb - **ADRESA ORDINACE:**

forma zdrav. péče, popř. druh zdrav. péče nebo název zdravotní služby	obor	LÉKAŘI	z toho způsobilí k samostatnému výkonu povolání				NELÉKAŘI	
		počet celkem	Titul, jméno a příjmení	obor	týdenní pracovní doba	pracovní zařazení u vedoucích zaměstnanců	počet celkem	odborná způsobilost/specializovaná způsobilost

Vysvětlivky

forma zdravotní péče = dle § 6 zákona č. 372/2011 Sb.,

druh zdravotní péče = dle § 5 odst. 2 písm. f) až i) zákona č. 372/2011 Sb.,

zdravotní služby = dle § 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona č. 372/2011 Sb.,

lékaři = lékaři, zubní lékaři a farmaceuti dle zákona č. 95/2004 o zdravotnických povoláních lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,

nelékaři = ostatní zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci dle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních

Uvedení pracovníci budou poskytovat zdravotní služby v souladu s ustanovením § 11 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Uvedení pracovníci jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů, kterými jsou zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Ordinační hodiny:

Provozní doba:

Po -

Út -

St -

Čt -

Pá -

So -

Ne -

Údaje uvedené v tomto seznamu zdravotnických pracovníků jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a 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).

Vdne

Podpis osoby oprávněné jednat za poskytovatele:.....