

ŽÁDOST O ODEJMUTÍ OPRÁVNĚNÍ k poskytování zdravotních služeb/ zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení

Štítek KÚÚK

na základě § 23 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále i ZoZS)

V souladu s ustanovením § 23 odst. 2 ZoZS je žádost podána **nejpozději 60 dnů přede dnem, k němuž poskytovatel žádá** odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb/zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení.

ŽADATEL FYZICKÁ OSOBA:

Titul před:	Jméno/2. jméno:	Příjmení:	Titul za:
Trvalý pobyt, obec, PSČ:		Ulice, č.p.:	
IČO:	Telefonický kontakt:	Emailový kontakt:	

ŽADATEL PRÁVNICKÁ OSOBA:

Obchodní název:		IČO:	
Sídlo, obec:	PSČ:	Stát:	
Sídlo, ulice:	Č.p.:	Č.o.:	

ŽÁDÁM O ODEJMUTÍ OPRÁVNĚNÍ K POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB/ZRUŠENÍ REGISTRACE NESTÁTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ NA VŠECH MÍSTECH POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:

Obor/y zdravotních služeb:				Ke dni:
Zdravotní pojišťovny, se kterými má poskytovatel uzavřenou smlouvu o veřejném zdravotním pojištění dle zákona č. 48/1997. Sb.:	☐ VZP (111) ☐ VoZP (201)	☐ ZPMV (211) ☐ OZP (207)	☐ ČPZP (205) ☐ ZPŠ (209)	☐ RBP (213) ☐ není uzavřena smlouva

Rozhodnutí Krajského úřadu Ústeckého kraje bude doručeno do datové schránky poskytovatele zdravotních služeb.

Údaje, které jsem uvedl/a v této žádosti, jsou pravdivé a úplné. 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).

V:	Dne:	Podpis poskytovatele:
----	------	-----------------------

Příjetí žádosti o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb **podléhá** dle zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů **správnímu poplatku ve výši 150,- Kč.**

Správní poplatek lze uhradit bankovním převodem na č.ú. 882 733 379/0800, VS 12131118 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**

PŘEDBĚŽNÝ ZÁPIS O PŘEDÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Poskytovatel, který je v souladu s ustanovením § 54 ZoZS povinen vést zdravotnickou dokumentaci po odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb **do 10 dnů** předá zdravotní dokumentaci, **které ještě neuplynula doba uchování** dle vyhlášky č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci, Krajskému úřadu, který mu vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nebo navazujícímu poskytovateli zdravotních služeb.

☐ Prohlašuji, že jsem poskytovatelem, který nevedl zdravotnickou dokumentaci , a to v souladu s ustanovením § 54 ZoZS (dále nevyplňujte)	
ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE ZANIKLÉHO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:	
☐ Bude předána Krajskému úřadu Ústeckého kraje dne:	
☐ Bude předána navazujícímu poskytovateli zdravotních služeb: dne:	Osoba oprávněná jednat za zaniklého poskytovatele, dne, podpis:
	Osoba oprávněná jednat za navazujícího poskytovatele, dne, podpis:

Zanikající poskytovatel je dle ustanovení § 59 ZoZS povinen **informaci o ukončení své činnosti zveřejnit alespoň 60 dnů přede dnem zamýšleného ukončení**, a to ve zdravotnickém zařízení **na veřejně přístupném místě**, popřípadě **na svých internetových stránkách**. Poskytovatel **současně požádá příslušný správní orgán a obec, na jejímž území poskytuje zdravotní služby, o uveřejnění uvedené informace na jejich úřední desce**; příslušný správní orgán a obec jsou povinny tuto informaci uveřejnit. V informaci **uvede datum zamýšleného ukončení činnosti, datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli zvolenému pacientem, a adresu místa pro předložení žádosti**. Jde-li o postup podle § 23 odst. 3, poskytovatel v informaci uvede, která osoba hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb.