

ŽÁDOST O ZMĚNU OPRÁVNĚNÍ k poskytování zdravotních služeb OZNÁMENÍ ZMĚN poskytovatelem

na základě § 20a, 20b a §20 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách
a podmínkách jejich poskytování

ŽADATEL

Štítek KÚÚK

Poskytovatele (název/jméno, příjmení, titul):

IČO:

Telefonický kontakt:

Emailový kontakt:

Žádám o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb v následujících částech: (dle ustanovení § 20 a) a následujících zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

☐	POSKYTOVATEL	☐ změna názvu ☐ změna sídla ☐ změna statutárních orgánů, vypište:	doložte výpisem z obchodního rejstříku, či jiným dokladem změny
☐	MÍSTO POSKYTOVÁNÍ	☐ změna místa ☐ rozšíření místa ☐ zrušení místa, vypište:	doložte prohlášením o věcném a technickém vybavení, dokladem o užívacím právu, schváleným provozním řádem, rozhodnutím KHS a seznamem personálního zajištění
☐	ODBORNÝ ZÁSTUPCE	☐ změna údajů, vypište: ☐ ukončení výkonu funkce, vypište:	doložte prohlášením odborného zástupce, či jiným dokladem změny
☐	FORMA, OBOR, DRUH PÉČE	☐ rozšíření oboru/druhu/formy péče ☐ ukončení oboru/druhu/formy péče, vypište:	doložte prohlášením o věcném a technickém vybavení a seznamem personálního zajištění
☐	JINÉ:	Vypište:	
Datum účinnosti změny:	Zdravotní pojišťovny, se kterými má poskytovatel uzavřenou smlouvu o veřejném zdravotním pojištění dle zákona č. 48/1997. Sb.: ☐ VZP (111) ☐ ZPMV (211) ☐ ČPZP (205) ☐ RBP (213) ☐ VoZP (201) ☐ OZP (207) ☐ ZPŠ (209) ☐ není uzavřena smlouva		

V případě rozšíření O NOVÉ MÍSTO či OBOR uveďte také následující: (vyhovující označte křížkem)

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE	nebo DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE:
☐ Ambulantní péče ☐ primární ☐ specializovaná ☐ stacionární	☐ Léčebně rehabilitační péče ☐ individuální fyzioterapie ☐ skupinová pohybová léčba ☐ pohybová léčba pomocí přístrojů ☐ pohybová léčba v rehabilitačním bazénu ☐ fyzikální terapie ☐ vodol léčba
☐ Jednodenní péče	☐ Ošetrovatelská péče
☐ Lůžková péče ☐ standardní ☐ intenzivní ☐ následná ☐ dlouhodobá	☐ Paliativní péče
☐ Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta ☐ návštěvní služba ☐ domácí péče ☐ umělá plicní ventilace ☐ dialýza	☐ Lékárenská péče nebo ZDRAVOTNÍ SLUŽBA: ☐ Zdravotnická záchranná služba ☐ Zdravotnická dopravní služba ☐ Přeprava pacientů neodkladné péče ☐ Odběrová nebo tkáňová zařízení ☐ Transfusní služba nebo krevní banka

Údaje, které jsem uvedl/a v této žádosti/oznámení, 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 500,- 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