

Oznámení o poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb - právnická osoba

podle § 11 odst. 8 zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů,

Poskytovatel:

Obchodní firma nebo název,

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

obec:.....PSČ:.....

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:.....

IČ¹:.....datová schránka²:.....

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

Statutární orgán poskytovatele:

titul, jméno/jména, příjmení

rodné příjmení.....

datum narození.....státní občanství.....

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

obec:.....PSČ:.....

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

Místo poskytování včetně oborů zdravotní péče³: Příloha č. 1

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).

Vdne.....

jméno a podpis

¹ je-li přiděleno

² je-li zřízena

³ vytisknout

Datum zahájení poskytování zdravotních služeb:.....

Forma zdravotní péče (pro každý obor):¹

Ambulantní péče
Jednodenní péče
Lůžková péče
Zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Popř. Druh zdravotní péče²:

Léčebně rehabilitační péče
Ošetrovatelská péče
Paliativní péče

Místo poskytování zdravotních služeb:

.....
ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....
obec:.....PSC.....Okres:.....
Telefon:

Místo poskytování zdravotních služeb³:

.....
ulice:.....č.p.:.....č.or.:.....
obec:.....PSC.....Okres:.....
Telefon:

V.....dne.....

Jméno a podpis.....

¹ nehodící se škrtněte

² nehodící se škrtněte

³ v případě více míst vytiskněte další přílohu č.1