Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Podací razítko – vyplní úřad

Odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

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

dle ust. § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

# Údaje o žadateli (právnická osoba):

# Obchodní firma (název): ………………….......................................................................

Adresa sídla *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Identifikační číslo *(bylo-li přiděleno)*: ..........................................................................................

Telefon, email, datová schránka: …………………..........……..……….............................................

Žadatelé se sídlem mimo území ČR - místo usazení závodu nebo organizační složky závodu právnické osoby na území ČR *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

....................................................................................................................................................

## Údaje o zřizovateli – zajišťuje-li poskytování zdravotních služeb organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku:

Název, identifikační číslo: ..........................................................................................

Adresa sídla *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Statutární orgán žadatele** *(uveďte všechny členy statutárního orgánu; v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku, uvedou se údaje   
o vedoucím organizační složky)*:

Jméno, příjmení, titul: ..................………………………….............................................

Datum narození: ……………………....................................................................

Telefon, email: ........……..……….......................................………...................

Adresa místa trvalého pobytu *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

………………....................................................................................................................................

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa bydliště mimo území ČR *(uveďte stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

……..……………………………………………….......................................................................................……

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Údaje pro účely vyhotovení výpisu z evidence rejstříku trestů

Požadujete-li, aby si výpis z evidence rejstříku trestů podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uveďte:

Rodné příjmení: …………………………………………………………………………………………………

Státní občanství: …………………………………………………………………………………………………

Rodné číslo: …………………………………………………………………………………………………

Místo/okres narození: …………………………………………………………………………………………………

Typ dokladu totožnosti a jeho číslo …………………………………………………………………………………………………

*(občanský průkaz, cestovní pas, povolení k pobytu cizince, apod.)*

**Odborný zástupce:**

*(je-li více odborných zástupců, uveďte všechny)*

Jméno, příjmení, titul: ..................………………………….............................................

Datum narození: ……………………...................................................................

Adresa místa trvalého pobytu *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

………………....................................................................................................................................

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa bydliště mimo území ČR *(uveďte stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

……..……………………………………………….......................................................................................……

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Údaje pro účely vyhotovení výpisu z evidence rejstříku trestů

Požadujete-li, aby si výpis z evidence rejstříku trestů podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb, uveďte:

Rodné příjmení: …………………………………………………………………………………………………

Státní občanství: …………………………………………………………………………………………………

Rodné číslo: …………………………………………………………………………………………………

Místo/okres narození: …………………………………………………………………………………………………

Typ dokladu totožnosti a jeho číslo …………………………………………………………………………………………………

*(občanský průkaz, cestovní pas, povolení k pobytu cizince, apod.)*

**Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:**

*(v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče adresa místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče, poskytování pouze prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení adresa místa kontaktního pracoviště)*

Obec, část obce, PSČ ..................…………………………………….……………………………….

Ulice, č. popisné/č. orientační .........…..………………………………………………………………………….

Telefonní kontakt, email: ……………………………………………………………………………………….

**Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte následující údaje:**

**1. Obory zdravotní péče:**

*(dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 185/2009 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 152/2018 Sb., v platném znění, zákona č. 96/2004 Sb., v platném znění, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., v platném znění, vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění)*

V případě jde-li pouze o provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení nebo jde-li o hospic, uveďte i tuto skutečnost.

…………………………………….……………………........................................................................................

**2. Forma zdravotní péče:** *(zvolte zakřížkováním)*

🞏 ambulantní péče

🞏 ambulantní stacionární péče

*(jen u oborů algeziologie, dermatovenerologie, geriatrie, hematologie, hemafereza, onkologie, adiktologie,*

*psychiatrie, rehabilitační a fyzikální medicína)*

🞏 jednodenní péče

🞏 lůžková péče - 🞏 akutní lůžková péče intenzivní

- 🞏 akutní lůžková péče standardní

- 🞏 následná lůžková péče

- 🞏 dlouhodobá lůžková péče

🞏 zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

- 🞏 návštěvní služba

- 🞏 domácí péče - 🞏 ošetřovatelská

- 🞏 léčebně rehabilitační

- 🞏 paliativní

- 🞏 umělá plicní ventilace

- 🞏 dialýza

**3. Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:** *(zvolte zakřížkováním)*

🞏 preventivní péče 🞏 léčebně rehabilitační péče

🞏 diagnostická péče 🞏 lázeňská léčebně rehabilitační péče

🞏 dispenzární péče 🞏 ošetřovatelská péče

🞏 léčebná péče 🞏 paliativní péče

🞏 posudková péče 🞏 lékárenská a klinickofarmaceutická péče

🞏 zdravotnická záchranná služba

🞏 zdravotnická dopravní služba

🞏 přeprava pacientů neodkladné péče

🞏 protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba

**Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:** …………………………….

*(tento údaj je nezbytně nutné vyplnit)*

**Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby:** …………………………….

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

**Adresa pro doručování písemností** *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)* – neplatí pro doručování do datové schránky:

………………....................................................................................................................................

**Místně příslušný finanční úřad** *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

………………....................................................................................................................................

**Místně příslušná správa sociálního zabezpečení**

*(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

………………....................................................................................................................................

**Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (přestupek podle ust. § 2 odst. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).**

V ……………………….. dne ........................

………………………………………......................................... ........................................................

jméno, příjmení, titul osoby oprávněné jednat podpis

za žadatele *(vypište hůlkovým písmem)*

**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 je splatný při přijetí žádosti. Správní poplatek nelze uhradit kolkem.

Správní poplatek bude uhrazen *(zvolte zakřížkováním)*:

🞏 v hotovosti 🞏převodem z účtu

Způsob doručení rozhodnutí *(zvolte zakřížkováním)*:

🞏osobní převzetí

🞏 doručení datovou schránkou

🞏 poštovní doručení *(pouze osoby bez datové schránky)*

**K žádosti předložte:**

1. Doklad o zřízení nebo založení právnické osoby (PO), pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo pokud zápis ještě nebyl proveden

- PO se sídlem mimo území ČR – dokládá výpis vedený ve státě sídla a doklad o zápisu PO, závodu nebo organizační složky závodu na území ČR do obchodního či obdobného rejstříku, pokud již byl zápis proveden

*(doklad o zápisu do obchodního či obdobného rejstříku, nebo výpis z těchto rejstříků nesmí být starší 3 měsíců, doklad nepřikládají osoby zřízené na území ČR zákonem nebo bude-li poskytování zdrav. služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku)*

2. Zdravotnická záchranná služba – doklad o tom, že žadatel byl zřízen krajem jako příspěvková organizace a doklad (oprávnění) využívat linku národního čísla tísňového volání 155

3. Doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů ke dni podání žádosti)

*Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném příjmení, rodném čísle a místu/okresu narození může zajistit výpis z evidence rejstříku trestů správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb*

4. Doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složkystátu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů ke dni podání žádosti)

*Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném příjmení, rodném čísle a místu/okresu narození může zajistit výpis z evidence rejstříku trestů správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb*

5. Doklady odborného zástupce:

5.1. Doklady o vzdělání:

- všeobecní praktičtí lékaři – doklad o specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství dle dřívějších právních předpisů nebo doklad o specializované způsobilosti vydaný Ministerstvem zdravotnictví (MZ)

- ostatní lékaři – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad o specializované způsobilosti vydaný MZ – u rozhodnutí s vyznačenou doložkou právní moci)

- zubní lékaři – diplom v oboru stomatologie (bylo-li studium zahájeno nejpozději v akad. roce 2003/2004) nebo diplom v oboru zubní lékařství

- zubní lékaři se specializací – doklad o specializaci v příslušném oboru

- farmaceuti – doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů

- nelékařská povolání – doklad o vzdělání, příp. specializované způsobilosti

– u oboru ortoptista – absolvent Bc. prokázání 1 roku výkonu povolání

– u oboru fyzioterapeut – absolvent Mgr., Bc., VOŠ prokázání 1 roku výkonu

povolání, absolvent SZŠ prokázání 10ti let výkonu povolání

5.2. Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání ne starší 90 dnů ke dni podání žádosti (lékařský posudek) – formulář

5.3.Doklad o bezúhonnosti (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů ke dni podání žádosti)

*Pozn.: v případě uvedení údajů o rodném příjmení, rodném čísle a místu/okresu narození může zajistit výpis z evidence rejstříku trestů správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb*

5.4. Prohlášení odborného zástupce podle ust. § 18 odst. 2 písm. a) bodu 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – formulář

*Pozn.: funkci odborného zástupce nelze vykonávat pro více než 2 poskytovatele zdr. služeb*

5.5.Doklad o pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli(neplatí pro OZ manžela/manželku a registrovaného partnera/partnerku)

5.6.Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR, pokud má odborný zástupce povinnost takové povolení mít

6. Prohlášení žadatele podle ust. § 18 odst. 2 písm. c) bodu 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – formulář

7. Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb

8. Prohlášení k věcnému a technickému vybavení podle ust. 18 odst. 2 písm. c) bodu 4 a ust. § 18 odst. 2 písm. a) bodu 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – formulář

9. Provozní řád a rozhodnutí Krajské hygienické stanice o schválení provozního řádu(s vyznačenou doložkou právní moci)

10. Souhlasné závazné stanovisko SÚKL k technickému a věcnému vybavení zdr. zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče

11. Souhlas Ministerstva zdravotnictví s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče

12. Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli

13. Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem, připojí doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele nebo prohlášení o tom, že nedošlo ke změnám údajů v dokladech předložených dosavadním poskytovatelem.

14. V případě poskytování dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání smlouvu o zajištění akutní zdravotní péče s poskytovatelem ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.