Podací razítko – vyplní úřad

# Krajský úřad Moravskoslezského kraje

odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

# Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

# Změna oprávnění/registrace k poskytování zdravotních služeb

# Poskytovatel zdravotních služeb (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)*:

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

**Část I:**

V souladu s ust. § 21 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) oznamuji změnu následujících údajů, uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb/v registraci poskytovatele zdravotních služeb nebo změnu týkající se údajů v dokladech přiložených k žádosti o udělení oprávnění, případně změnu souhlasu, povolení nebo jiného rozhodnutí nebo závazného stanoviska, které byly podkladem pro rozhodnutí o udělení oprávnění:

**- změna názvu/obchodní firmy:** …………………………………………………………………………………….

**- přidělení identifikačního čísla:** …………………………………………………………………………………….

- údajů o statutárním orgánu poskytovatele:

**•** změna osobních údajů člena statutárního orgánu

 - Nové příjmení, titul *(uveďte dřívější příjmení a nové příjmení)*:…………………………………………………………….

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

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

 Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

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

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

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

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

**•** změna člena statutárního orgánu

 - Ukončení funkce člena statutárního orgánu*(nutno uvést všechny končící členy statutárního orgánu)*:

 Jméno, příjmení, titul, datum narození: ……………………………………………………………………………………..

 -Ustanovení nového člena statutárního orgánu *(nutno uvést všechny nové členy statutárního orgánu)*:

 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.)*

- osobních údajů odborného zástupce:

*(v případě, kdy se osoba stávajícího odborného zástupce nemění)*

 - Nové příjmení, titul: ……………………………………………………………………………………

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

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

 Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

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

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

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

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

**- data zahájení poskytování zdravotních služeb:**  ……………………………………………………………

Na základě oznámení změny dle § 21 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, správní orgán zahájí dle § 46 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“) správní řízení, kde prvním úkonem ve věci bude vydání rozhodnutí (§ 46 odst. 3 správního řádu). Účastníku řízení svědčí všechna procesní práva dle správního řádu. Správní orgán nevyzývá účastníka řízení k vyjádření se k podkladům rozhodnutí dle § 36 odst. 3 správního řádu, pokud jeho žádosti (oznámení změn) bude v plném rozsahu vyhověno.

Část II:

V souladu s ust. § 20a č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) žádám o změnu následujících údajů, uváděných v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb/v registraci poskytovatele zdravotních služeb:

**- údajů o adrese sídla** *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)***:**

• změna adresy sídla na

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

- údajů o odborném zástupci:

*(v případě, že se mění osoba odborného zástupce)*

• ukončení výkonu funkce odborného zástupce

Jméno, příjmení, titul, datum narození: …………………………………………………………………………………….

• ustanovení nového odborného zástupce

 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.)*

- údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb, o místu pracoviště poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče, o místu kontaktního pracoviště:

• změna místa

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

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

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

 ………………................................................................................................................. ke dni ………………

• rozšíření místa

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

 ……………………………………………………………………………………………………………………………. ke dni …………………

• zrušení místa

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

 ……………………………………………………………………………………………………………………………. ke dni …………………

- údajů o oboru zdravotní péče, formě zdravotní péče, druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby (včetně provádění pouze prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení):

• rozšíření poskytovaných služeb o obor, formu, druh

 .................................................................................................................................. ke dni ................

• zrušení poskytovaných služeb v oboru, zrušení formy, druhu

 .................................................................................................................................. ke dni ................

**- doby, po kterou budou poskytovány zdravotní služby:**  ………………………………………………………………

 *(doby platnosti v případě je-li oprávnění uděleno na dobu určitou)*

Uveďte (zakřížkováním) zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřeny smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně či odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb, o změně či zrušení registrace poskytovatele zdravotních služeb:

🞏 VZP (111) 🞏 VOZP (201) 🞏 ZP MV ČR (211) 🞏 OZP (207)

🞏 ČPZP (205) 🞏 RBP (213) 🞏 ZPŠ (209)

**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 poskytovatele *(vypište hůlkovým písmem)*

**Poznámka:**

Přijetí žádosti o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb/rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení (dle Části II. tohoto formuláře, vyjma změny údajů o adrese sídla a údajů o odborném zástupci) podléhá v souladu se zákonem č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 500,- 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)*