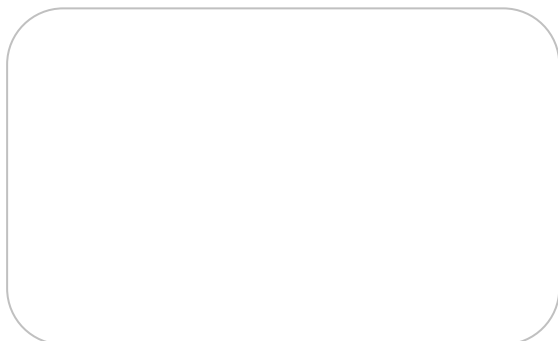




KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví



Návrh na vyhlášení výběrového řízení

Navrhovatel: (zatrhnutím zvolte)

- ☐ poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní služby v příslušném oboru/oborech
- ☐ fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru/oborech

Jméno, příjmení, titul (fyzická osoba)/Název poskytovatele (právnická osoba)

.....

IČO (bylo-li přiděleno):

Adresa místa trvalého pobytu fyzické osoby (osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR):

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

Adresa sídla právnické osoby/fyzické osoby¹:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát

Adresa pro doručování písemností:

.....

Kontaktní údaje (email, telefon):

.....

¹ Sídlo u fyzické osoby uvést pouze v případě, je-li odlišné od adresy trvalého pobytu

T +420 485 226 375 E podatelna@kraj-lbc.cz

Rozsah hrazených zdravotních služeb (obor, forma, druh zdravotní péče):

.....

Území, pro které mají být zdravotní služby poskytovány:

.....

Lhůta, od které budou zdravotní služby poskytovány:

.....

Důvod podání návrhu výběrového řízení:

- ☐ převzetí praxe po
- ☐ rozšíření rozsahu poskytovaných služeb
- ☐ nová smlouva

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 2 zákona č. 251/2016 Sb., zákona o některých přestupcích, v platném znění).

Dne

.....
jméno, příjmení, titul fyzické osoby
(nebo osoby oprávněné jednat za právnickou osobu)

.....
podpis