**Návrh na vyhlášení výběrového řízení**

dle § 46 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Název zdravotní pojišťovny ………………………..…………………………………………………………………………

sídlo …………………………………………….………………………… IČO………………

**Osoba oprávněná jednat za zdravotní pojišťovnu**

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

**Sídlo:**

Obec ……………….… .……..……… část obce ……………………………..……………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ ………..………

Kontaktní údaje:

telefon . …………………………… e-mail ….…………………………………..……………

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

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

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

**Území, pro které mají být zdravotní služby poskytovány:**

…………………………………………………………………………………………………

**Lhůta, od které budou zdravotní služby poskytovány:**

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

**Adresa míst/a poskytování zdravotních služeb (je-li známa):**

Obec ……………….… .……..……… část obce ……………………………..……………….

Ulice ……………..…………………… č. p./č. o. ……………………… PSČ ………..………

Telefon …….………………….……………… Email …….…………………….…….……….

**Důvod vyhlášení 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 osoby oprávněné jednat podpis

za zdravotní pojišťovnu