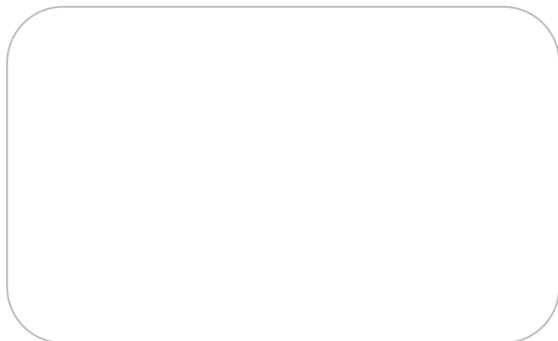




KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví



Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

dle § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Údaje o žadateli (právnícká osoba):

Obchodní firma (název)

Adresa sídla:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

stát:

Místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby v ČR *(vyplní pouze žadatel se sídlem mimo území ČR)*

.....

IČO *(bylo-li přiděleno)*:

Údaje o zřizovateli¹

Název:

Adresa sídla:

Obec část obce

Ulice č. p./č. o. PSČ

Stát IČO

¹ pouze v případě, je-li žadatel organizační složkou státu či územního samosprávného celku

T +420 485 226 374 E podatelna@kraj-lbc.cz

Další kontaktní údaje poskytovatele dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou zapsány do veřejné části Národního registru poskytovatelů²:

Telefon Fax

Adresa internetových stránek

Identifikátor datové schránky

Adresa elektronické pošty

Údaje o statutárním orgánu žadatele (*uved'te 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*):

1. Jméno, příjmení, titul

Rodné příjmení Státní občanství

Datum a místo narození

Adresa místa trvalého pobytu (*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

Telefon Email

2. Jméno, příjmení, titul

Rodné příjmení Státní občanství

Datum a místo narození

Adresa místa trvalého pobytu (*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

Telefon Email

² Uvedené kontaktní údaje krajský úřad předá do Národního registru poskytovatelů; pokud poskytovatel údaje nevyplní, pak v souladu s § 75 odst. 1) písm. c) zákona o zdravotních službách předá kontaktní údaje (společně s dalšími údaji dle § 74 odst. 1 písm. j až o) a q) do Národního registru poskytovatelů sám.

Odborný zástupce (je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):

Jméno, příjmení, titul

Rodné příjmení Státní občanství

Datum a místo narození

Adresa místa trvalého pobytu (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

Telefon Email

ADRESA MÍSTA/MÍST POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť,
- v případě poskytovatele, který je povinen podle § 11 odst. 5 zákona o zdravotních službách mít kontaktní pracoviště, uveďte místa kontaktních pracovišť;

1. Obec: část obce

Ulice č.p/č.o. PSČ

Telefon Email

2. Obec část obce

Ulice č.p/č.o. PSČ

Telefon Email

3. Obec část obce

Ulice č.p/č.o. PSČ

Telefon Email

Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:

Obor³.....

³ dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 152/2018 Sb.

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE	
☐ ambulantní péče	☐ jednodenní péče
☐ lůžková péče ▪ akutní lůžková péče intenzivní ▪ akutní lůžková péče standardní ▪ následná lůžková péče ▪ dlouhodobá lůžková péče ▪ sociálně-zdravotní lůžková péče (uved'te druh zařízení pobytových sociálních služeb, v jehož rámci má být tato péče poskytována):	
☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:	
☐ <i>domácí péče</i> a. ošetrovatelská b. léčebně rehabilitační c. paliativní	☐ <i>návštěvní služba</i> ▪ <i>umělá plicní ventilace</i> ▪ <i>dialýza</i>
☐ <i>ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb</i> a. ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb b. ošetrovatelská péče v ambulantních zařízeních sociálních služeb c. ošetrovatelská péče v sociálních službách komunitního charakteru	
DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE	NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY
☐ léčebně rehabilitační péče	☐ zdravotnická záchranná služba
☐ lázeňská léčebně rehabilitační péče	☐ zdravotnická dopravní služba
☐ ošetrovatelská péče	☐ přeprava pacientů neodkladné péče
☐ paliativní péče	☐ protialkoholní a protitoxikomanická záchranná služba („záchranná služba“)
☐ farmaceutická péče	

- ☐ provádění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení
☐ centrum duševního zdraví
☐ centrum komplexní péče o děti
☐ urgentní příjem

Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:

- a) Jakožto nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadního poskytovatele (název)
hodlám zahájit poskytování zdravotních služeb dnem odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb tomuto poskytovateli – **POZOR:** v takovém případě je třeba žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podat **nejpozději v den podání žádosti o odejmutí oprávnění dosavadním poskytovatelem.**

b) Dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

c) Jiné datum (vypsát konkrétní datum)

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby

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

Dle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách, vyžaduje-li se pro účely řízení podle tohoto zákona doložení bezúhonnosti výpisem z rejstříku trestů, požádá o vydání výpisu správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

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

V dne

.....
jméno, příjmení, titul osoby oprávněné
jednat za žadatele
(vypište hůlkovým písmem)

.....
podpis osoby oprávněné jednat
za žadatele

Pokyny k úhradě správního poplatku:

Přijetí žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle položky 25 zákona č. 634/2004 Sb. o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 1 000 Kč. Správní poplatek **ve výši 1 000 Kč** lze uhradit:

- **převodem na číslo účtu: 19-7964100227/0100, var. symbol 136109, specifický symbol rodné číslo nebo IČO poskytovatele,**
nebo
- **v pokladně Krajského úřadu Libereckého kraje (10. patro).**

K žádosti předložte v originále nebo v ověřené kopii:

- 1) Doklad o tom, že právnická osoba byla zřízena nebo založena, pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku, nebo pokud zápis ještě nebyl proveden. Je-li žadatelem právnická osoba se sídlem mimo území ČR, předloží výpis z obchodního nebo obdobného rejstříku vedeného ve státě sídla a doklad o tom, že právnická osoba, popřípadě podnik nebo organizační složka podniku právnické osoby na území ČR, byly zapsány do obchodního rejstříku, pokud zápis již byl proveden. Doklad o zápisu do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo výpis těchto rejstříků, který nesmí být starší 3 měsíců. *(Doklady se nepředkládají, jde-li o právnickou osobu zřízenou na území ČR zákonem nebo bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku.)*
- 2) Doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy *(pouze doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem jehož je fyzická osoba občanem a doklady vydanými státy, ve kterých se fyzická osoba zdržovala v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců)*
- 3) Doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou *(pouze doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem jehož je fyzická osoba občanem a doklady vydanými státy, ve kterých se fyzická osoba zdržovala v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců)*
- 4) K osobě odborného zástupce doložte:
 - a) doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 95/2004 Sb. či zákona č. 96/2004 Sb., *(tj. doklady o vzdělání)*
 - b) doklad o zdravotní způsobilosti, vydaný registrujícím praktickým lékařem, ne starší než 3 měsíce *(viz. formulář)*
 - c) doklad o bezúhonnosti *(pouze doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem jehož je fyzická osoba občanem a doklady vydanými státy, ve kterých se fyzická osoba zdržovala v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců)*
 - d) doklad o tom, že je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli podle § 14 odst. 2 zákona o zdravotních službách
 - e) jeho prohlášení, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u něj netrvá žádný z důvodů uvedených v § 14 odst. 1 a 3 zákona o zdravotních službách, pro který by nemohl tuto funkci vykonávat *(viz. formulář)*
- 5) Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli. *(viz formulář)*
- 6) Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno podle tohoto zákona. *(viz formulář)*
- 7) Souhlasné závazné stanovisko vydané SÚKL k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče.
- 8) Povolení MZ ČR k využívání zdroje nebo povolení k využívání klimatických podmínek příznivých k léčení, jde-li o poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.
- 9) Pravomocné rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád.
- 10) Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb.
- 11) Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR žadatele a odborného zástupce, pokud mají povinnost takové povolení mít.
- 12) Doklad prokazující splnění podmínky podle § 11 odst. 8, jde-li o poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče podle § 9 odst. 2 písm. e), nebo ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c)
- 13) Doklad prokazující splnění podmínky podle § 44d, jde-li o centrum duševního zdraví
- 14) Doklad prokazující splnění podmínek podle § 44g, jde-li o urgentní příjem
- 15) Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v § 17 písm. a) až c) nebo g) zákona o zdravotních službách a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v § 17 písm. d) nebo e) zákona o zdravotních službách.

- 16) V případě poskytování zdravotnické záchranné služby doklad o tom, že žadatel byl zřízen krajem jako příspěvková organizace podle zákona o zdravotnické záchranné službě a doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele využívat linku národního tísňového čísla 155
- 17) Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí k žádosti též doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele. Předložení dokladu dle bodu 5 lze nahradit prohlášením žadatele o tom, že nedošlo ke změnám údajů v těchto dokladech předložených dosavadním poskytovatelem, v tomto případě se rovněž nepředkládá doklad uvedený v bodu 7. Je-li žadatelem o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb osoba, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb podle § 27, platí pro předložení dokladů věty první a druhá obdobně.
- 18) V případě poskytování dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání smlouvu o zajištění akutní zdravotní péče pacientům s poskytovatelem ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.