

KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE

ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ

Škroupova 18, 306 13 Plzeň

Žádost o udělení povolení k poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnické zařízení

dle § 11a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(dále také „zákon o zdravotních službách“)

Údaje o žadateli - právnické osobě*

Obchodní firma (název):

Adresa sídla obchodní firmy:

Obec:

Část obce:

Ulice:

č.p./č.o.:

PSČ:

Stát:

Telefonní spojení:

e-mail:

IČO:

nebo

Údaje o žadateli - fyzické osobě*

Jméno, příjmení, titul:

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

Obec:

Část obce:

Ulice:

č.p./č.o.:

PSČ:

Stát:

Telefonní spojení:

e-mail:

IČO:

Adresa sídla:

adresa sídla je shodná s trvalým bydlištěm žadatele

adresa sídla je shodná s níže uvedeným místem poskytování zdravotních služeb/kontaktním pracovištěm

adresa sídla:

Obec:

Část obce:

Ulice:

č.p./č.o.:

PSČ:

Oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydal místně příslušný krajský úřad, a to:

Krajský úřad*

Vymezení činností, které budou poskytovány mimo zdravotnické zařízení*:

(vypsát přesně činnosti v souladu s povolením Krajské hygienické stanice)

Místo*, kde budou zdravotní výkony poskytovány mimo zdravotnické zařízení, bude-li více míst, uveďte na zvláštní přílohu s níže uvedenými údaji:

Obec:

Část obce:

Ulice:

č.p./č.o.:

PSČ:

V případě, že nelze uvést konkrétní adresu, je třeba místo jinak identifikovat, např. označením (parkoviště, benzinová pumpa, náměstí nebo č.parcely, aj.)

Zodpovědná osoba pro kontaktování:

Telefonní spojení:

e-mail:

Doba, na kterou má být povolení uděleno:

od:

do:

Poučení:

O udělení povolení a době trvání jeho platnosti rozhoduje krajský úřad, v jehož správním obvodu budou zdravotní výkony poskytovány.

Způsob doručení povolení:

osobní převzetí poštovní doručení do datové schránky

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno.

Souhlasím s tím, že výše uvedené údaje mohou být zveřejněny na stránkách Krajského úřadu Plzeňského kraje.

Dne:

.....
čitelně jméno, příjmení, titul žadatele

.....
podpis žadatele

*) *nepovinné údaje*

Nezapomeňte připojit k žádosti přílohy:

- *kopie rozhodnutí o udělení či změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb (dříve označeno jako registrace nestátního zdravotnického zařízení)*
- *souhlasné závazné stanovisko krajské hygienické stanice, v jejímž správním obvodu budou zdravotní výkony mimo zdravotnické zařízení poskytovány*