**Prohlášení** **k věcnému a technickému vybavení**

podle ust. § 18 odst. 2 písm. a) bodu 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Jako poskytovatel zdravotních služeb

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

Trvalý pobyt *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*: ……………..........................................………………………………………………………..

Datum narození: ………………………………......................

Identifikační číslo: .......................…………………………….

**prohlašuji,**

že zdravotnické zařízení na adrese:

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

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

je v souladu s ust. § 11 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno.

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků nepravdivého prohlášení (přestupek podle ust. § 2 odst. 2 nebo odst. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).

V …………………………… dne …………………………. ……………………………......................................

podpis oprávněné osoby