# Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Podací razítko – vyplní úřad

odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

**Žádost o udělení povolení k poskytování zdravotních výkonů v rámci preventivní péče mimo zdravotnické zařízení**

dle ust. § 11a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

# Poskytovatel zdravotních služeb (fyzická osoba):

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

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

Telefon, email, datová schránka: ........……..……….......................................…………………………………….

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

Adresa místa trvalého pobytu *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

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

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa bydliště mimo území ČR *(uveďte stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

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

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

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

Číslo a datum vydání oprávnění, resp. registrace k poskytování zdravotních služeb:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Žádám o vydání rozhodnutí o udělení povolení k poskytování zdravotních výkonů v rámci preventivní péče mimo zdravotnické zařízení** ve smyslu ust. § 11a odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.   
v rozsahu:

* vymezení činností, které budou poskytovány mimo zdravotnické zařízení:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* místo(a), kde budou zdravotní výkony poskytovány mimo zdravotnické zařízení:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- doba, na kterou má být povolení uděleno, určená konkrétním datem:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adresa pro doručování písemností** *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)* – neplatí pro doručování do datové schránky:

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

**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 odst. 2 a 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).**

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

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

jméno, příjmení, titul žadatele *(vypište hůlkovým písmem)* podpis žadatele

Způsob doručení rozhodnutí:

🞏 osobní převzetí

🞏 poštovní doručení *(pouze osoby bez datové schránky)*

🞏 datovou schránkou

Poznámka:

**Nezbytnou přílohou žádosti o udělení povolení je:**

**a) kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud rozhodnutí nevydal krajský úřad příslušný k udělení povolení,**

**b) závazné stanovisko krajské hygienické stanice.**