Podací razítko – vyplní úřad

# Krajský úřad Moravskoslezského kraje

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 (právnická osoba):

# Obchodní firma (název): …………………..................................................................................

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

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

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

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

Žadatelé se sídlem mimo území ČR - místo usazení závodu nebo organizační složky závodu právnické osoby na území ČR *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)*:

.................................................................................................................................................................

## Údaje o zřizovateli – zajišťuje-li poskytování zdravotních služeb organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku:

Název, identifikační číslo: .....................................................................................................

Adresa sídla *(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. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).**

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

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

jméno, příjmení, titul osoby oprávněné jednat podpis

za žadatele *(vypište hůlkovým písmem)*

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.**