

Krajský úřad Moravskoslezského kraje
odbor zdravotnictví
28. října 2771/117
702 00 Ostrava
Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

Podací razítko – vyplní úřad

Žádost o odnětí oprávnění/zrušení registrace k poskytování zdravotních služeb

ve smyslu ust. § 23 odst. 1 písm. c) 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:

Identifikační číslo:

Telefon, email, datová schránka:

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

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

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

.....

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

.....

Žádám o odnětí oprávnění/zrušení registrace k poskytování zdravotních služeb, vydaného rozhodnutím

č. j. ze dne

Den odnětí oprávnění/zrušení registrace:

Prohlašuji, že zdravotnickou dokumentaci pacientů, kteří včas nepředloží žádost o předání zdravotnické dokumentace jinému poskytovateli zdravotních služeb, a soupis této zdravotnické dokumentace předám osobě, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb, a to:

.....

Vzhledem k tomu, že není osoba, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb, umožním převzít zdravotnickou dokumentaci pacientů správním orgánům neprodleně po ukončení poskytování zdravotních služeb.

Termín převzetí zdravotnické dokumentace:

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

.....

Místně příslušný finanční úřad (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

.....

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení (uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

.....

Uved'te (zakřížkováním) zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřeny smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně či odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb, o změně či zrušení registrace poskytovatele zdravotních služeb:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VZP (111) | <input type="checkbox"/> VOZP (201) | <input type="checkbox"/> ZP MV ČR (211) | <input type="checkbox"/> OZP (207) |
| <input type="checkbox"/> ČPZP (205) | <input type="checkbox"/> RBP (213) | <input type="checkbox"/> ZPŠ (209) | |

V dne

Podpis žadatele

Poznámka:

Přijetí žádosti o odnětí oprávnění/zrušení registrace k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 150,- Kč. Správní poplatek je splatný při přijetí žádosti. Správní poplatek nelze uhradit kolkem.

Správní poplatek bude uhrazen (zvolte zakřížkováním):

- v hotovosti převodem z účtu

Způsob doručení rozhodnutí (zvolte zakřížkováním):

- osobní převzetí
 doručení datovou schránkou
 poštovní doručení (pouze osoby bez datové schránky)