Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Podací razítko – vyplní úřad

Odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

**Oznámení o poskytování zdravotních služeb poskytovatelem sociálních služeb**

dle ust. § 11 odst. 8 a ust. § 74 odst. 2 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

# Název poskytovatele sociálních služeb (právnická osoba):

# …………………..................................................................................................................................

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

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

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

Telefon, email: …………………..........……..………...............................................

***nebo***

Jméno, příjmení, titul poskytovatele sociálních služeb **(fyzická osoba):**

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

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

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

Telefon, email: …………………..........……..………...............................................

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

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

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa místa trvalého pobytu v zemi původu *(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)* :

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

**Statutární orgán – pouze u právnických osob** *(uveďte všechny členy statutárního orgánu)* :

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

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

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

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

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa místa trvalého pobytu v zemi původu *(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)*:

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

**Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:**

Obec, část obce, PSČ ..................…………………………………….………………………………..

Ulice, č. popisné/č. orientační .........…..…………………………………………………………………………..

**Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte následující údaje:**

**Obor(y) zdravotní péče:**

*(dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., v platném znění, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění)*

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

**Druh zdravotní péče:** *(zvolte zakřížkováním)*

🞏 léčebně rehabilitační péče

🞏 ošetřovatelská péče

**Datum zahájení poskytování zdravotních služeb:** …………………………………………………………………

**K oznámení předložte:**

Kopii posledního pravomocného rozhodnutí o registraci poskytovatele sociálních služeb

Oznámení zašlete poštou nebo datovou schránkou na shora uvedenou adresu.

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

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

 jméno, příjmení, titul osoby oprávněné jednat podpis

 za poskytovatele*(vypište hůlkovým písmem)*