

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

Podací razítko – vyplní úřad

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 (**právnícká osoba**):

.....

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

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

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

.....

Statutární orgán – pouze u právnických osob (uved'te všechny členy statutárního orgánu) :

Jméno, příjmení, titul:

Datum narození:

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

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa místa trvalého pobytu v zemi původu (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):

.....

Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:

Obec, část obce, PSČ

Ulice, č. popisné/č. orientační

Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uved'te 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

ošetrovatelská 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*)