

Žádost
o vydání rozhodnutí o souhlasu s personálním a věcným vybavením, druhem
a rozsahem poskytované zdravotní péče – lékaři
podle § 10 odst. 3 písm. b/ zákona č. 160/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Podle ust. § 10 odst. 3 písm. b/ zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, **ž á d á m** o vydání rozhodnutí o souhlasu s personálním a věcným vybavením, s druhem a rozsahem zdravotní péče poskytované nestátním zdravotnickým zařízením a uvádím

***Fyzická osoba**

Jméno a příjmení provozovatele:

Titul: **Rodné číslo:**.....

Státní občanství:

Rodné příjmení:*

Místo narození:*

Okres narození:*

.....
* Uvedte pouze v případě ověření bezúhonnosti registrujícím správním orgánem podle §12 odst. 4 zákona č. 124/2008 Sb.

Trvalý pobyt:

Místo

Ulice

Číslo

Okres

Pošta

PSČ

Jméno a příjmení odborného zástupce :

Titul: **Rodné číslo:**.....

Státní občanství:

Rodné příjmení:*

Místo narození:*

Okres narození:*

.....
* Uvedte pouze v případě ověření bezúhonnosti registrujícím správním orgánem podle §12 odst. 4 zákona č. 124/2008 Sb.

Pracovněprávní vztah k provozovateli:

Trvalý pobyt:

Místo

Ulice

Číslo

Okres

Pošta

PSČ

KRAJSKÝ ÚŘAD KRAJE VYSOČINA, Odbor zdravotnictví, Žižkova 57, 587 33 Jihlava

- (pracoviště Věžní 26, Jihlava)

tel.: 564 602 820, fax: 564 602 435, e-mail: posta@kr-vysocina.cz, internet: www.kr-vysocina.cz

IČ: 70890749, bankovní spojení: Volksbank a.s., č.ú.: 4050005000/6800

***Právnícká osoba**

Obchodní firma:

Sídlo:
Místo Ulice Číslo
.....
Okres Pošta PSČ

Statutární orgán:

- jméno a příjmení:
- rodné číslo
- trvalý pobyt
Místo Ulice Číslo
.....
Okres Pošta PSČ

Státní občanství:

Odborný zástupce:

- jméno a příjmení, titul:
- rodné číslo
- trvalý pobyt
Místo Ulice Číslo
.....
Okres Pošta PSČ

Státní občanství:

Rodné příjmení:*

Místo narození:*

Okres narození:*

.....
* Uvedte pouze v případě ověření bezúhonnosti registrujícím správním orgánem podle §12 odst. 4 zákona č. 124/2008 Sb.

Pracovněprávní vztah k provozovateli:

Druh a rozsah poskytované zdravotní péče:

.....
(obor dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, v platném znění, nebo vyhl. č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění)

Místo provozování:
Místo Ulice Číslo
.....
Okres Pošta PSČ

Personální vybavení (počet zaměstnanců a jejich zařazení):

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

Věcné a technické vybavení:

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

Prohlašuji, že mám plnou způsobilost k právním úkonům, a že všechny údaje, které jsem uvedl/a, jsou pravdivé.

K žádosti je provozovatel povinen předložit následující doklady:

1. **Provozní řád** (potvrzený orgánem ochrany veřejného zdraví)
2. **Rozhodnutí o schválení provozního řádu vydané příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví** (s doložkou právní moci).
3. **Smlouva o nájmu nebo pronájmu** (v případě vlastnictví výpis z listu vlastnictví)
4. **K personálnímu vybavení:**

Originály nebo ověřené fotokopie dokladů provozovatele, který je fyzickou osobou s odbornou způsobilostí nebo odborného zástupce právnické osoby nebo fyzické osoby bez odborné způsobilosti:

- **u odborné způsobilosti**, podle zákona č. 95/2004 Sb.
 - doklad o odborné způsobilosti (diplom) - § 4
 - rozhodnutí o specializované způsobilosti vydané MZ ČR (s vyznačením právní moci) nebo doklad o II. atestaci nebo nástavbové atestaci - § 5, § 44
- vyjádření České lékařské komory zejména k otázce členství v profesní komoře a k otázce nepřerušení výkonu zdravotnického povolání lékaře na dobu delší než 5 let v průběhu předcházejících 6 let (§17 odst. 1 zákona č. 160/1992 Sb., § 6 zákona č. 95/2004 Sb.), v případě přerušení výkonu povolání na dobu delší než 5 let v předcházejících 6 letech doložit záznamem o doškolení v průkazu odbornosti nebo potvrzením průběhu a ukončení doškolení
- **u odborného zástupce**: - smlouvu o pracovním poměru nebo obdobném pracovním vztahu k provozovateli.
- u vedoucích lékařů nebo primářů a u jejich zástupců pracovní smlouvu s dokladem o rozsahu pracovního úvazku minimálně 0,8 pracovního místa a u zástupce primáře nebo vedoucího lékaře minimálně 0,8 pracovního místa v době nepřítomnosti primáře nebo vedoucího lékaře, jakož i doklad o zdravotní způsobilosti a doklad o bezúhonnosti.
- **zdravotní způsobilosti** (lékařský posudek vydaný registrujícím praktickým lékařem nebo u zaměstnanců lékařem závodní preventivní péče)
- **bezúhonnost** (výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců) u provozovatele (fyzická osoba) nebo u odborného zástupce provozovatele, který je právnickou osobou nebo fyzickou osobou bez odborné způsobilosti, ověření bezúhonnosti zajišťuje registrující správní orgán na základě §12 odst. 4 zákona č. 124/2008 Sb.

Seznam pracovníků zdravotnického zařízení, kteří vykonávají zdravotnické povolání.

U lékařských i nelékařských povolání je třeba v tomto seznamu formou **čestného prohlášení** vždy uvést:

- jméno, příjmení, datum narození, místo trvalého pobytu, kopii dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání a výše úvazku.

KRAJSKÝ ÚŘAD KRAJE VYSOČINA, Odbor zdravotnictví, Žižkova 57, 587 33 Jihlava

- (pracoviště Věžní 26, Jihlava)

tel.: 564 602 820, fax: 564 602 435, e-mail: posta@kr-vysocina.cz, internet: www.kr-vysocina.cz

IČ: 70890749, bankovní spojení: Volksbank a.s., č.ú.: 4050005000/6800

5. K věcnému a technickému vybavení:

Seznam věcného a technického vybavení v návaznosti na vyhlášku č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení (se zvláštním zaměřením na zdravotnickou přístrojovou techniku), vč. doložení atestů, prohlášení o shodě, popř. dokladů o revizi přístrojů. Tento seznam je rovněž formou **čestného prohlášení**.

U zdravotnických prostředků uvedených do provozu do 31. 12. 1999, u kterých nelze krajskému úřadu doložit prohlášení o shodě (§ 4 odst. 1 písm. a/ zákona č. 123/2000 Sb.), je třeba předložit rovněž doklad o jejich prověření z hlediska splnění technických a medicínských požadavků (posuzují akreditované právnické osoby a osoby pověřené Ministerstvem zdravotnictví - § 52 zákona č. 123/2000 Sb.)

Telefon – pevná linka.....mobilní telefon:.....

e-mail:

***nehodící nevyplňujte**

V dne

.....
jméno, příjmení (hůlkovým písmem)
podpis (razítko) provozovatele