

Žádost
o vydání rozhodnutí o souhlasu s personálním a věcným vybavením, druhem
a rozsahem poskytované zdravotní péče – zubní 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)

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

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 uvedla, 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:

- **o odborné způsobilosti**,
 - podle zákona č. 95/2004 Sb.
 - doklad o odborné způsobilosti - § 7
 - doklad o specializaci (týká se ortodontie a orální a maxilofaciální chirurgie) - §8, 44
 - vyjádření České lékařské komory zejména k otázce členství v profesní komoře a k otázce nepřerušování výkonu zdravotnického povolání lékaře na dobu delší než 5 let v průběhu předcházejících 6 let (§17 odst. 1 zákona č. 160/1992 Sb., § 9 zákona č. 95/2004 Sb.), v případě přerušování 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 zubních lékařů, kteří získali specializaci v nástavbovém oboru čelistní ortopedie (ortodontie) podle dosavadních předpisů:

- doklad o této nástavbové specializaci.

U zubních lékařů, kteří získali specializaci v nástavbovém oboru stomatologická chirurgie (orální a maxilofaciální chirurgie) podle dosavadních předpisů:

- doklad o této nástavbové specializaci.

- **u odborného zástupce:** - smlouvu o pracovním poměru nebo obdobném pracovní právním vztahu k provozovateli

- **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.

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

Seznam pracovníků zdravotnického zařízení formou **čestného prohlášení**, kteří vykonávají zdravotnické povolání:

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

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 **(vždy minimálně zubní souprava, sterilizátor – pokud není možnost smluvních dodávek z centrální sterilizace, což je třeba prokázat, RTG přístroj – pokud není možnost využívat RTG jiného zdravotnického zařízení, což je třeba prokázat)**, vč. doložení atestů, prohlášení o shodě, popř. dokladů o revizi přístrojů, dále:

- kopie platné smlouvy o odběru odpadů s obsahem amalgámu se subjektem oprávněným k jeho odstranění,
- doklad prokazující, že zubní souprava instalovaná na pracovišti je vybavena odlučovačem suspendovaných částic amalgámu z odpadních vod s minimální účinností 95 %.

Seznam věcného a technického vybavení je 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