

Žádost
o souhlas s personálním vybavením, druhem a rozsahem poskytované zdravotní péče
– farmaceuti
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 udělení 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

Odborný zástupce:

- **jméno a příjmení:**

- **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/y):

.....

.....

Místo provozování:

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

Personální vybavení (počet zaměstnanců a jejich zařazení):

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

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. **Osvědčení o věcném a technickém vybavení vydané Státním ústavem pro kontrolu léčiv, jde-li o provozování lékárny**
5. **Souhlas s věcným a technickým vybavením vydaný Státním ústavem pro kontrolu léčiv, jde-li o provozování výdejny zdravotnických prostředků**
6. **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 a vedoucího lékárníka (pokud není odborným zástupcem)

- **o odborné způsobilosti**
 - doklad o odborné způsobilosti podle § 10 zákona č. 95/2007 Sb.
 - doklad o specializované způsobilosti § 11, § 44 zákon č. 95/2004 Sb.; dále doklad o odborné praxi (index).
- **u odborného zástupce:** - smlouvu o pracovním poměru nebo obdobném pracovněprávním 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. 124/2008 Sb.
- u provozovatelů (fyzické osoby s odbornou způsobilostí), u odborných zástupců a u vedoucích lékárníků vyjádření České lékárnické komory zejména k otázce členství v profesní komoře, k otázce, zda se nejedná o držitele osvědčení vydaného profesní komorou na jinou lékárnou nebo o osobu působící v jiných lékárnách nebo lékárenských řetězcích v kraji Vysočina nebo v jiných krajích ČR, jakož i k otázce nepřerušování výkonu zdravotnického povolání farmaceuta na dobu delší než 5 let v průběhu předcházejících 6 let (§ 12 odst. 2, § 17 odst. 1 zák. č. 160/1992 Sb., § 12 zák. č. 95/2004 Sb., § 3 zák. č. 220/1991 Sb.)
- u provozovatele (fyzická osoba s odbornou způsobilostí) nebo u odborného zástupce, který je společníkem obchodní společnosti, čestné prohlášení o jeho fyzické přítomnosti v lékárně, ve které sám garantuje odbornost poskytované zdravotní péče, v rozsahu min. 80 % provozní (pracovní) doby této lékárny (odloučeného oddělení pro výdej léčiv a zdravotnických prostředků)
- u odborného zástupce, který je zaměstnancem v pracovněprávním vztahu, nebo u vedoucího lékárníka (není-li pro jednotlivou lékárnou odborný zástupce ustanoven) doklad o rozsahu pracovního úvazku min. 0,8 prac. místa v každé jednotlivé lékárně

Lékařna musí mít ustanovenou nejméně jednu osobu s vysokoškolským vzděláním v oblasti farmacie – studijní obor farmacie po získání specializace alespoň v základním oboru (**vedoucí lékárník**) odpovědnou za to, že činnost lékárny odpovídá zákonu č. 79/1997 Sb., o léčivech, a jeho prováděcím práv. předpisům a že technologické postupy přípravy zajišťují jakost, účinnost a bezpečnost připravovaných léčivých přípravků (§ 43 odst. 6 zák. č. 79/1997 Sb.).

Seznam pracovníků zdravotnického zařízení, kteří vykonávají zdravotnické povolání:

- farmaceutů (zaměstnanců) vykonávajících zdravotnické povolání bez odborného dohledu a pod odborným dohledem, vč. dokladů o jejich vzdělání a specializačním vzdělání (zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta)

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

- farmaceutických asistentů (podle dřívějších předpisů farmaceutických laborantů) a dalších zaměstnanců vykonávajících nelékařská zdravotnická povolání, a to bez přímého vedení nebo odborného dohledu, pod odborným dohledem, pod přímým vedením a případných vedoucích pracovníků, vč. uvedení jejich odborné kvalifikace (zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních)

U farmaceutů a u zaměstnanců vykonávajících nelékařská zdravotnická 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.

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

e-mail:

*nehodící nevyplňujte

V **dne**

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

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