

**Žádost o vydání
souhlasu s personálním a věcným vybavením, druhem a rozsahem poskytované
zdravotní péče – lékaři**

na základě § 10 odst. 3 písm. b) zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění
pozdějších předpisů

***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.

Trvalý pobyt:

Místo Ulice Číslo

Okres Pošta PSČ

***Právnícká osoba**

Obchodní firma:

Sídlo:

Místo Ulice Číslo

Okres Pošta PSČ

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

- (pracoviště Věžní 26, Jihlava)

tel.: 564 602 450, 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

Statutární orgán:

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

Rodné příjmení:***Místo narození:*****Okres narození:***

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

Odborný zástupce:

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

Státní občanství:**Rodné příjmení:*****Místo narození:*****Okres narození:***

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

Druh a rozsah poskytované zdravotní péče:

.....
.....

Místo provozování:
Místo Ulice Číslo
.....
Okres Pošta PSČ**Personální vybavení (počet zaměstnanců a jejich zařazení):**

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

Věcné a technické vybavení:

.....
.....

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

- (pracoviště Věžní 26, Jihlava)

tel.: 564 602 450, 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

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

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
2. Rozhodnutí o schválení provozního řádu vydané příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví.
3. 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 odborném vzdělání (diplom) - § 4
 - rozhodnutí o specializaci 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 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.

4. K věcnému a technickému vybavení:
Seznam věcného a technického vybavení (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.)

Kontaktní telefon do NZZ, domů, mobil:.....

***nehodící nevyplňujte**

Dne:

Podpis: