

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

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](mailto:posta@kr-vysocina.cz), internet: [www.kr-vysocina.cz](http://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 | PSC   |

Rodné příjmení:\*

Místo narození:\*

Okres narození:\*

\* Uvedte 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 | PSC   |

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.

**Druh a rozsah poskytované zdravotní péče:**

.....  
.....

Místo provozování: .....

Místo	Ulice	Číslo
.....		
Okres	Pošta	PSC

**Personální vybavení (počet zaměstnanců a jejich zařazení):**

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

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. Osvědčení o věcném a technickém vybavení vydané Státním ústavem pro kontrolu léčiv, jde-li o provozování lékárny**
- 4. Souhlas s věcným a technickým vybavením vydaný Státním ústavem pro kontrolu léčiv, jde-li o provozování výdejny zdravotnických prostředků**
- 5. 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).

- **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 lékárnu 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 lékárnu odborný zástupce ustanoven) doklad o rozsahu pracovního úvazku min. 0,8 prac. místa v každé jednotlivé lékárně

Lékárna 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)
- 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.

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

\*nehodící nevyplňujte

**Dne:**

**Podpis:**

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