



**Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**  
dle § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování  
(zákon o zdravotních službách)

**Údaje o žadateli** (fyzické osobě):

Jméno, příjmení, titul: .....

rodné příjmení: .....

státní občanství: .....

Adresa místa trvalého pobytu:

obec.....část obce.....

ulice.....č. p./č. o. ....PSC.....

stát: .....

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu,  
případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

datum a místo narození: .....

IČO (bylo-li přiděleno): .....

**Další kontaktní údaje dle § 74 zákona o zdravotních službách – budou předány do Národního registru poskytovatelů<sup>1</sup>:**

telefon: ..... fax: .....

Adresa internetových stránek: .....

Identifikátor datové schránky: ..... adresa elektronické pošty: .....

**Adresa pro doručování písemností\*):**

obec.....část obce.....

ulice.....č. p./č. o. ....PSC.....

<sup>1</sup> Uvedené kontaktní údaje krajský úřad předá do Národního registru poskytovatelů; pokud poskytovatel údaje nevyplní, pak v souladu s § 75 odst. 1) písm. c) zákona o zdravotních službách předá kontaktní údaje (společně s dalšími údaji dle § 74 odst. 1 písm. j až n) do Národního registru poskytovatelů sám.

**Odborný zástupce** (je-li/musí-li být ustanoven v souladu s ust. § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):

Jméno, příjmení, titul: .....

rodné příjmení: .....

státní občanství: .....

Adresa místa trvalého pobytu:

obec..... část obce.....

ulice..... č. p./č. o. .... PSČ.....

stát.....

*(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)*

datum a místo narození: .....

telefon\*):.....e-mail\*):.....

**Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):**

obec:..... část obce.....

ulice..... č.p/č.o. .... PSČ.....

telefon: .....

obec:..... část obce.....

ulice..... č.p/č.o. .... PSČ.....

telefon: .....

obec:..... část obce.....

ulice..... č.p/č.o. .... PSČ.....

telefon: .....

obec:..... část obce.....

ulice..... č.p/č.o. .... PSČ.....

telefon: .....

Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:

Obor<sup>2</sup>:.....

FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE	
<input type="checkbox"/> <b>ambulantní péče</b>	<input type="checkbox"/> <b>lůžková péče</b>
▪ primární	▪ akutní lůžková péče intenzivní
▪ specializovaná	▪ akutní lůžková péče standardní
▪ stacionární	▪ následná lůžková péče
<input type="checkbox"/> <b>jednodenní péče</b>	▪ dlouhodobá lůžková péče
<input type="checkbox"/> <b>zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:</b>	
▪ návštěvní služba	▪ paliativní
▪ domácí péče - ošetrovatelská	▪ umělá plicní ventilace
▪ léčebně rehabilitační	▪ dialýza
<b>DRUH ZDRAVOTNÍ PÉČE</b>	<b>NÁZEV ZDRAVOTNÍ SLUŽBY</b>
<input type="checkbox"/> léčebně rehabilitační péče	<input type="checkbox"/> zdravotnická záchranná služba
<input type="checkbox"/> lázeňská léčebně rehabilitační péče	<input type="checkbox"/> zdravotnická dopravní služba
<input type="checkbox"/> ošetrovatelská péče	<input type="checkbox"/> přeprava pacientů neodkladné péče
<input type="checkbox"/> paliativní péče	
<input type="checkbox"/> lékárenská péče	

**Jako nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadního poskytovatele.....hodlám zahájit poskytování zdravotních služeb dnem odejmutí oprávnění dosavadnímu poskytovateli, tj. dne.....**

*(vyplní pouze žadatel, který je nabyvatelem majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb)*

**Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:**

a) dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

b) jiné: .....

**Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby:**

*(vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou):.....*

**Rodné číslo** *(Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů, podle ust. § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)*

Poskytovatel:..... r. č.....

Odborný zástupce:..... r. č.....

<sup>2</sup> dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů

**Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 2 zákona č. 251/2016 Sb., zákona o některých přestupcích, v platném znění).**

Dne: .....

.....  
jméno, příjmení, titul žadatele  
(vypište hůlkovým písmem)

.....  
podpis žadatele

**Poznámka:**

*Přijetí žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle položky 25 zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 1.000 Kč. **Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 19-7964100227/0100, var. symbol 136109, specifický symbol IČO žadatele nebo rodné číslo, nebo v hotovosti v pokladně Krajského úřadu Libereckého kraje (10. patro).***

### **K žádosti předložte v originále nebo v ověřené kopii:**

- 1) Doklad/doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 95/2004 Sb., či zákona č. 96/2004 Sb. Je-li ustanoven odborný zástupce, pak se uvedený doklad týká i odborného zástupce (*tj. doklady o vzdělání, doklad o zdravotní způsobilosti*).
- 2) Doklad/y o bezúhonnosti. Je-li ustanoven odborný zástupce, pak se uvedený doklad týká i odborného zástupce (*pouze v případě, že nebyly poskytnuty údaje v žádosti*).
- 3) Je-li ustanoven odborný zástupce:
  - a) jeho prohlášení, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že u něj netrvá žádný z důvodů uvedených v § 14 odst. 1 a 3 zákona o zdravotních službách, pro který by nemohl tuto funkci vykonávat
  - b) doklad o tom, že je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli podle § 14 odst. 2 zákona o zdravotních službách.
- 4) Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli. (*viz formulář*)
- 5) Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno podle tohoto zákona. (*viz formulář*)
- 6) Souhlasné závazné stanovisko vydané SÚKL k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování lékárenské péče.
- 7) Souhlas MZ ČR s poskytováním lázeňské léčebně rehabilitační péče, jde-li o poskytování této péče.
- 8) Pravomocné rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví a provozní řád.
- 9) Doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb
- 10) Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR žadatele a odborného zástupce, pokud mají povinnost takové povolení mít.
- 11) Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 písm. a) až c) zákona o zdravotních službách, a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v ust. § 17 písm. d) nebo e) zákona o zdravotních službách.
- 12) Fyzická osoba, která bude poskytovat zdravotní služby pouze ve zdravotnickém zařízení provozovaném jiným poskytovatelem, doloží doklady uvedené v bodech 1), 2), 10), 11) a dále smlouvu s poskytovatelem, který provozuje zdravotnické zařízení, v němž bude žadatel zdravotní služby poskytovat, opravňující žadatele využívat technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a personální zabezpečení zdravotních služeb tohoto poskytovatele k poskytování zdravotních služeb; pokud smlouvou není zajištěno nebo ze smlouvy nevyplývá splnění všech požadavků na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a personální zabezpečení zdravotních služeb, které hodlá žadatel poskytovat, je žadatel povinen prokázat splnění požadavků nezajištěných smlouvou doklady uvedenými v písmenu a) v bodech 4 až 8.
- 13) Nabyvatel majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí k žádosti též doklady prokazující převod nebo přechod majetkových práv na žadatele. Předložení dokladu dle bodu 4 lze nahradit prohlášením žadatele o tom, že nedošlo ke změnám údajů v těchto dokladech předložených dosavadním poskytovatelem, v tomto případě se rovněž nepředkládá doklad uvedený v bodu 6. Je-li žadatelem o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb osoba, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb podle § 27, platí pro předložení dokladů věty první a druhá obdobně.
- 14) V případě poskytování dlouhodobé lůžkové péče jen zdravotnickými pracovníky nelékařského povolání smlouvu o zajištění akutní zdravotní péče s poskytovatelem ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.