

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

Magistrát hlavního města Prahy

Odbor zdravotnictví

Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, Praha 1

Formulář pro změnu oprávnění k poskytování zdravotních služeb (registrace NZZ)

v souvislosti s plněním oznamovací povinnosti podle ustanovení zákona č. 372/2011 Sb.,
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve
znění pozdějších předpisů

PRÁVNICKÁ OSOBA

Údaje o žadateli:

Obchodní firma (název):

Adresa sídla:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát

IČO:

Tel.: E-mail:

Místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby v ČR (*vyplní pouze žadatelé se
sídlím mimo území ČR*):

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

Údaje o zřizovateli:¹

Název:

Adresa sídla:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

IČO:

Tel.: E-mail:

Spisová značka rozhodnutí o udělení oprávnění (rozhodnutí o registraci NZZ), o jehož změnu žadatel
žádá:

¹ vyplnit pouze v případě, je-li žadatel organizační složka státu či územního samosprávného celku

Oznamuji tyto změny v souvislosti s ustanovením § 21 zákona č. 372/2011 Sb.:

➤ **Změna názvu společnosti:**

.....

➤ **Doplnění IČO:**

.....

➤ **Změna data zahájení poskytování zdravotních služeb:**

.....

➤ **Údaje o statutárním orgánu poskytovatele:**

- a) změna osobních údajů statutárního orgánu, příp. člena statutárního orgánu**)
- b) ustanovení nového/dalšího statutárního orgánu, příp. člena statutárního orgánu**)
- c) ukončení výkonu funkce statutárního orgánu, příp. člena statutárního orgánu**)

Jméno, příjmení, titul:

.....

rodné příjmení státní občanství

Adresa místa trvalého pobytu: / Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

obec část obce

ulice č.p./č.or. PSČ

Stát

Datum, místo a okres narození:

Telefon/mobil: e-mail:

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

➤ **Údaje o odborném zástupci:**

změna osobních údajů odborného zástupce**)

Jméno, příjmení, titul:

.....

rodné příjmení státní občanství

Adresa místa trvalého pobytu: / Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

obec část obce

ulice č.p./č.or. PSČ

Stát

Telefon/mobil: e-mail:

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

Žádám o tyto změny v souvislosti s ustanovením § 20a nebo § 23 zákona č. 372/2011 Sb.:

➤ **Údaje o místě/místech poskytování zdravotních služeb, údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:**

- a) změna místa poskytování (**)
- b) rozšíření oprávnění o další místo poskytování(**)
- c) zúžení (zrušení) oprávnění o místa poskytování(**)
- d) rozšíření poskytovaných služeb o obor/y(**) včetně uvedení formy, případně druhu poskytovaných zdravotních služeb
- e) zúžení (zrušení) poskytovaných služeb v oboru/v oborech(**) včetně uvedení formy, případně druhu poskytovaných zdravotních služeb

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 nebo konzultačních služeb uveďte místa kontaktních pracovišť):

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... část obce: kraj:

PSČ.....

Tel.: E-mail:

Obory zdravotní péče:

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

(dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Forma zdravotní péče: (zatrhnutím zvolte)

- ambulantní péče
 - primární ambulantní péče (registrující poskytovatel)
 - specializovaná ambulantní péče
 - stacionární péče

- jednodenní péče
- lůžková péče
 - akutní lůžková péče intenzivní
 - akutní lůžková péče standardní
 - následná lůžková péče
 - dlouhodobá lůžková péče

zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

- návštěvní služba
- domácí péče
 - ošetrovatelská
 - léčebně rehabilitační
 - paliativní
 - umělá plicní ventilace
 - dialýza

Mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat: (zatrhnutím zvolte)

konzultační služby

zdravotnickou dopravní službu a přepravu pacientů neodkladné péče

přednemocniční neodkladnou péči poskytovanou v rámci záchranné služby

Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby: (zatrhnutím zvolte)

léčebně rehabilitační péče

ošetrovatelská péče

paliativní péče

lékařská péče

f) změna adresy sídla společnosti**)

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... část obce: kraj:

PSČ.....

Tel.: E-mail:

g) změna odborného zástupce - ustanovení nového odborného zástupce**)

Jméno, příjmení, titul:

rodné příjmení státní občanství

Adresa místa trvalého pobytu:

obec část obce

ulice č.p./č.or. PSČ

Stát

Datum, místo a okres narození:

Telefon/mobil: e-mail

Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

obec část obce

ulice č.p./č.or. PSČ

Stát

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

➤ **Doba, po kterou poskytovatel hodlá poskytovat zdravotní služby (vyplní pouze poskytovatel, který má vydané oprávnění na dobu určitou):**

.....

➤ **Jiné změny:**

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

Datum účinnosti změny/změn:

Uveďte **zdravotní pojišťovny**, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to z důvodu povinnosti zaslání stejnopisů rozhodnutí o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 111 – VZP | <input type="checkbox"/> 209 – Zaměstn. pojišť. Škoda | <input type="checkbox"/> Žádná pojišťovna |
| <input type="checkbox"/> 201 - VoZP | <input type="checkbox"/> 211 – ZPMV | |
| <input type="checkbox"/> 205 – ČPZP | <input type="checkbox"/> 213 – Revírní bratrská ZP | |
| <input type="checkbox"/> 207 – OZP | | |

KONTAKTY:

Adresa pro doručování:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... ID datové schránky

Telefon v místě poskytování:

Mobilní telefon: E-mail:

Místně příslušný finanční úřad (adresa):

.....

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení (adresa):

.....

K žádosti doložte přílohy podle typu změny.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

Přijetí žádosti o změnu oprávnění k poskytování zdravotních služeb / změnu registrace nestátního zdravotnického zařízení dle ust. § 18 nebo 23 zákona o zdravotních službách **podléhá** dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, **správnímu poplatku** ve výši **Kč 500,-**. Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 30015-5157998/6000, v.s. 4004005714, nebo v hotovosti v pokladně Magistrátu hl. m. Prahy.

V Praze dne:

.....
podpis žadatele

*) *nepovinný údaj*

**) *nehodící se škrtněte*

Seznam příloh - právnická osoba

1. **Formulář pro změnu** oprávnění k poskytování zdravotních služeb - ke stažení www.zdravotni.praha.eu

2. **Doklad právnické osoby** – výpis z obchodního rejstříku

3. **Zdravotnická záchranná služba** – doklad o tom, že žadatel byl zřízen krajem jako příspěvková organizace a doklad – oprávnění využívat linku národního čísla tísňového volání 155.

4. **Doklad o bezúhonnosti** osob, které jsou **statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy** - výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů (výpis zajistí správní orgán). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

5. **Doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky** státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů (výpis zajistí správní orgán). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

Doklady odborného zástupce:

6. **Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání (včetně zdravotní způsobilosti k výkonu povolání)** poskytovatele zdravotních služeb, má-li tuto způsobilost:

6.1. **Doklady o vzdělání:**

- **všeobecní praktičtí lékaři** – doklad o specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti

- **ostatní lékaři** – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti příp. o zvláštní specializované způsobilosti – u rozhodnutí pravomocný)

- **zubní lékaři** – diplom VŠ v oboru stomatologie (bylo-li studium zahájeno v akad. roce 2003/2004) nebo diplom v oboru zubní lékařství

- **zubní lékaři se specializací** – doklad o specializaci v příslušném oboru

- **farmaceuti** doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů

- **nelékařská povolání** – doklady o absolvování studia, příp. doložení délky výkonu zdrav. povolání dle příslušných ustanovení zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

6.2. **Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání** (vydává registrující praktický lékař, viz formulář dle vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - Lékařský posudek – ke stažení www.zdravotni.praha.eu)

6.3. **Doklad o bezúhonnosti** (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů (výpis zajistí správní orgán - viz formulář Žádost o výpis z rejstříku trestů – ke stažení www.zdravotni.praha.eu). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

6.4. **Členství v komoře** u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (viz prohlášení bod 6.5. ke stažení www.zdravotni.praha.eu)

6.5. **Prohlášení odborného zástupce**, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že netrvá žádný z důvodů uvedených v ust. § 14 odst. 1 a 3 zákona č. 372/2011 Sb., pro který by nemohl

funkci odborného zástupce vykonávat - nelze vykonávat funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele - ke stažení www.zdravotni.praha.eu

6.6. Doklad o pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli (neplatí pro odborného zástupce, který je současně statutárním zástupcem nebo manželem/manželkou nebo registrovaným partnerem/partnerkou – i v tomto případě musí být smlouva)

6.7. Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR, pokud má odborný zástupce povinnost takové povolení mít.

7. Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 písm. a) až e) zákona č. 372/2011 Sb. - ke stažení www.zdravotni.praha.eu

8. Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb - ke stažení www.zdravotni.praha.eu

9. Doklad, z něhož vyplývá **oprávnění žadatele užívat prostory** k poskytování zdravotních služeb včetně dokladu, z něhož vyplývá, že zdravotnické zařízení splňuje požadavky týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor (kolaudační souhlas, změna v užívání stavby apod.)

10. Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno** - ke stažení www.zdravotni.praha.eu.

11. Provozní řád a rozhodnutí o schválení provozního řádu (pravomocné) vydané orgánem ochrany veřejného zdraví.

12. Souhlasné závazné stanovisko Státního ústavu pro kontrolu léčiv k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování **lékárenské péče**.

13. Nabyvatel majetkových vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí doklady prokazující přechod majetkových práv na žadatele (dle ustanovení § 23 odst. 3 zákona č. 372/2012 Sb.).

14. Doklad o úhradě správního poplatku.

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA
Magistrát hlavního města Prahy
Odbor zdravotnictví
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, Praha 1

Ž Á D O S T
o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů
za účelem doložení bezúhonnosti
dle § 13 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Jméno:

Rodné příjmení:

Nynější příjmení:

Rodné číslo: Muž / Žena

Státní občanství:

Narození

Stát:

Okres:

Obec:

Datum:

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

Žádost se nepřekládá, pokud bude předložen výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti.

V Praze dne
.....
podpis

Vyplní správní orgán:

Městská část:	
Spis čj.:	
Poskytovatel zdravotních služeb:	
Fyzická osoba / Právnícká osoba	Statutární zástupce / Odborný zástupce
Číslo evidenční:	