

# Prohlášení poskytovatele (FO)

Jméno, příjmení .....

Datum narození: .....

Adresa místa trvalého pobytu: .....

## Prohlašuji,

- že jsem způsobilá/ý k právním úkonům.
- že jsem způsobilá/ý k samostatnému výkonu zdravotnického povolání,
- že jsem bezúhonná/ý (písemná žádost o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů)
- že jsem držitelem povolení k pobytu na území České republiky, pokud mám povinnost takové povolení mít,
- že v posledních 7 letech jsem nepřerušil výkon zdravotnického povolání na dobu delší než 6 let (dle ust. § 6 odst. 2, dle ust. § 9 odst. 2 a ust. § 12 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb.; dle ust. § 4a odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb.)

Prohlašuji, že jsem ke dni ..... členem: \*) nehodící se škrtněte

- České lékařské komory
- České stomatologické komory
- České lékárnické komory

Prohlašuji, že u mne netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 zákona.<sup>1</sup>

**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.**

V Praze dne: .....

.....

podpis

\_\_\_\_\_