

Prohlášení poskytovatele (fyzická osoba) o věcném a technickém vybavení zdravotnického zařízení:

Jméno, příjmení, titul:

Adresa místa trvalého pobytu:

IČO (bylo-li přiděleno):

Adresa místa poskytování zdravotních služeb (příp. adresa místa pracoviště - uveďte se u ZZS, ZDS, PPNP, adresa kontaktního pracoviště):

Forma zdravotní péče (ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta):

Obor/y zdravotní péče:

Druh zdravotní péče (léčebně rehabilitační péče, ošetrovatelská péče, paliativní péče, lékařská péče):

Název zdravotní služby (ZZS, ZDS, PPNP - uveďte se pro každé místo pracoviště):

Prohlašuji, že

- zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno¹**,

dle vyhlášky MZ ČR č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, vyhlášky MZ ČR č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky.

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 poskytovatele

¹ § 18 odst. 2 písm. a) bod 5., § 27 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách