

# **Prohlášení poskytovatele** (právnícká osoba) o věcném a technickém vybavení zdravotnického zařízení:

**Obchodní firma nebo název poskytovatele:**

**Adresa sídla:**

**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 vybaveno**<sup>1</sup>,

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 všechny uváděné 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

---

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