

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

OZNÁMENÍ
PŘERUŠENÍ / POKRAČOVÁNÍ POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH
SLUŽEB

v souvislosti s ustanovením § 26 zákona č. 372/2011 Sb.,
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

FYZICKÁ OSOBA

Poskytovatel zdravotních služeb:

Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Státní občanství:

Datum a místo narození:

IČO:

Tel.: E-mail:

Adresa místa trvalého pobytu (aktuální): / Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

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

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

.....

Oznamuji následující:

Přerušeni poskytování zdravotních služeb dle ust. § 26 odst. 2:

Od: do:

Důvod přerušeni:

Pokračování v poskytování zdravotní služeb po přerušeni dle ust. § 26 odst. 4:

Od:

Prohlašuji, že nedošlo v průběhu posledních 5 let k přerušeni poskytování zdravotních služeb.

Poskytovatel je povinen písemně oznámit skutečnost o **přerušení** poskytování zdravotních služeb (nejpozději 60 dnů před plánovaným přerušením) / **pokračování** (nejpozději 15 dnů přede dnem, k němuž hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb):

- zdravotním pojišťovám, se kterými má uzavřeny smlouvy dle zákona o veřejném zdravotním pojištění
- a uveřejnit tak, aby byla přístupná pacientům

Po dobu přerušení je povinen zajistit návaznost zdravotních služeb svým pacientům včetně předání kopie zdravotnické dokumentace nebo výpis ze zdravotnické dokumentace poskytovateli, který převezme pacienta do péče.

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 příslušná správa sociálního zabezpečení (vyplnit celou adresu):

.....

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