

## ŽÁDOST

o vydání „Označení vozidla lékaře konajícího návštěvní službu“  
(č. O5a\*)

### Žadatel:

Jméno, příjmení, titul: .....

č. OP: ..... Datum narození: .....

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice, č.o./č.p: ..... PSC: .....

obec: ..... část obce: ..... kraj: .....

V případě, že jste:

**A. Poskytovatelem zdravotních služeb** nebo jeho **zaměstnancem**, vyplňte prosím následující údaje:

Název poskytovatele zdravotních služeb: .....

Místo poskytování: .....

Oprávnění/Registrace: vydané/á kým: .....

dne: ..... pod č.j.: .....

**B. Zaměstnancem státního zdravotnického zařízení**, vyplňte prosím následující údaje:

Název státního zdravotnického zařízení: .....

Adresa zařízení: .....

### KONTAKTY:

Adresa pro doručování: ulice, č.o./č.p: ..... PSC: .....

obec: ..... část obce: ..... kraj: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

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 žadatele

## **K žádosti je žadatel povinen předložit následující doklady:**

### **A. Žadatel, který je lékařem konající návštěvní službu:**

- průkaz totožnosti,
- rozhodnutí o registraci (oprávnění) vydané krajským úřadem, pokud žadatel poskytuje zdravotní služby mimo území hl. m. Prahy,
- prohlášení, že:
  - registruje pojištěnce v oboru praktického lékaře  
NEBO
  - zajišťuje lékařskou službu první pomoci či se na jejím zajištění podílí  
NEBO
  - vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby - potvrzení místně příslušné zdravotnické záchranné služby.

### **B. Žadatel, který vykonává činnost lékaře konajícího návštěvní službu jako zaměstnanec státního zdravotnického zařízení (SZZ):**

- průkaz totožnosti,
- potvrzení, že je zaměstnancem SZZ, vykonávajícím činnost praktického lékaře,
- potvrzení, že je odborně způsobilý k výkonu činnosti praktického lékaře – doklad o atestaci,
- prohlášení odpovědného zástupce státního zdravotnického zařízení, jehož je žadatel zaměstnancem, že registruje pojištěnce v odbornosti praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost.

### **C. Žadatel, který vykonává činnost lékaře konajícího návštěvní službu lékaře jako zaměstnanec poskytovatele zdravotních služeb**

- průkaz totožnosti,
- potvrzení, že je zaměstnancem poskytovatele, vykonávajícím činnost praktického lékaře,
- potvrzení, že je odborně způsobilý k výkonu činnosti praktického lékaře – doklad o atestaci,
- ověřenou kopii rozhodnutí o registraci NZZ nebo oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jehož je zaměstnancem, pokud poskytovatel poskytuje zdravotní služby mimo území hl. m. Prahy,
- prohlášení statutárního zástupce poskytovatele, jehož je žadatel zaměstnancem, že:
  - registruje pojištěnce v oboru praktického lékaře  
NEBO
  - zajišťuje lékařskou službu první pomoci či se na jejím zajištění podílí  
NEBO
  - vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby - potvrzení místně příslušné zdravotnické záchranné služby.

# POTVRZENÍ

**Jméno a příjmení :**

**nar.:**

**bytem :**

Potvrzuji, že

paní.....

je zaměstnancem ZZ a vykonává činnost praktického lékaře.

V Praze dne

.....  
podpis

# PROHLÁŠENÍ

**Jméno a příjmení :**

**nar.:**

**bytem :**

Prohlašuji, že

- Registruji pojištěnce v oboru praktické lékařství pro dospělé
- Registruji pojištěnce v oboru praktické lékařství pro děti a dorost

*(platné označte křížkem)*

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

---

\* označení vozidla lékaře konajícího návštěvní službu vydává Magistrát hl. m. Prahy, odbor zdravotnictví, pouze lékařům, kteří mají trvalý pobyt na území hlavního města Prahy

# PLNÁ MOC

**Jméno a příjmení :**

**nar.:**

**bytem :**

Zplnomocňuji tímto .....,

adresa místa trvalého pobytu.....

k vyřízení žádosti o vydání označení vozidla PL č. O5 a k převzetí tohoto označení.

.....  
podpis

Plnou moc přijímám v plném rozsahu.

**Jméno a příjmení :**

**nar.:**

**bytem :**

V Praze dne

.....  
podpis

## Oznámení o ztrátě, zničení či krádeži

Označení vozidla lékaře konajícího návštěvní službu č. O5

Oznamovatel (*jméno, příjmení, titul*).....

(*adresa místa trvalého bydliště*).....

Označení č. O5 (*série, číslo*).....

Skutkové okolnosti:

(popište, jak ke skutečnosti došlo – den, hodina, místo)

Doklad o oznámení události Policii ČR přiložen/nepřiložen.

V Praze dne: .....

podpis osoby.....

Informace MHMP:

**Označení č. O5, které bylo ztraceno, zničeno, ukradeno, bude zneplatněno, ke dni tohoto oznámení pozbude platnosti.**

Příloha:

1/ oznámení události Policii ČR

---

\* označení vozidla lékaře konajícího návštěvní službu vydává Magistrát hl. m. Prahy, odbor zdravotnictví, pouze lékařům, kteří mají trvalý pobyt na území hlavního města Prahy