

ŽÁDOST

o vydání „Označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče“
(č. O5b)

A. Poskytovatelem zdravotních služeb podnikající fyzická osoba,

vyplňte prosím následující údaje:

Název poskytovatele zdravotních služeb – domácí zdravotní péče:

.....

Jméno, příjmení, titul:

č. OP: Datum narození:

IČO:.....

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice, č.o./č.p: PSČ:

obec: část obce: kraj:

Adresa místa kontaktního pracoviště:

ulice, č.o./č.p: PSČ:

obec: část obce: kraj:

Oprávnění/Registrace: vydané/á kým:

dne: pod č.j.:

B. Poskytovatelem zdravotních služeb právnícká osoba,

vyplňte prosím následující údaje:

Název poskytovatele zdravotních služeb – domácí zdravotní péče:

.....

Název poskytovatele:

IČO:.....

Adresa sídla společnosti:

ulice, č.o./č.p: PSČ:

obec: část obce: kraj:

Statutární zástupce společnosti

Jméno, příjmení, titul:

č. OP: Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

ulice, č.o./č.p: PSČ:

obec: část obce: kraj:

Adresa místa kontaktního pracoviště:

ulice, č.o./č.p: PSČ:
obec: část obce: kraj:
Oprávnění/Registrace: vydané/á kým:
dne: pod č.j.:

KONTAKTY:

Adresa pro doručování: ulice, č.o./č.p: PSČ:
obec: část obce: kraj:
Telefon: E-mail:
Datová schránka:.....

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/Poskytovatel, podnikající fyzická osoba:**

- žádost o vydání označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče
- doklad totožnosti
- plná moc
- rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb/rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení pro formu domácí zdravotní péče
- seznam zaměstnanců
- potvrzení poskytovatele, které prokazuje nárok na vydání označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče pro jeho zaměstnance, kteří vykonávají pro poskytovatele činnosti domácí zdravotní péči, atd.
- seznam adres míst kontaktních pracovišť

B. Žadatel/Poskytovatel, právnická osoba:

- žádost o vydání označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče
- výpis z obchodního rejstříku
- doklad totožnosti
- plná moc
- rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb/rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení pro formu domácí zdravotní péče
- seznam zaměstnanců
- potvrzení poskytovatele, které prokazuje nárok na vydání označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče pro jeho zaměstnance, kteří vykonávají pro poskytovatele činnosti domácí zdravotní péči, atd.
- seznam adres míst kontaktních pracovišť

Tímto potvrzují a čestně prohlašují, že níže uvedené osoby jsou v zaměstnaneckém vztahu k poskytovateli domácí zdravotní péče

Název poskytovatele (podnikající fyzická/právní osoba):

IČO:

adresa sídla společnosti:

Jméno a příjmení (podnikající fyzická osoba/statutární zástupce společnosti):

datum narození:

adresa místa trvalého pobytu:

Žádám o vydáníkusů označení vozidla č. O5b a čestně prohlašuji a potvrzuji, že níže uvedené osoby jsou mým zaměstnancem v pracovním či obdobném vztahu a vykonávají činnosti domácí zdravotní péče.

1. Jméno a příjmení zaměstnance:

datum narození:

zaměstnanecký vztah na základě:

- pracovní smlouvy,
- dohody o provedení práce,
- dohody o pracovní činnosti,

2. Jméno a příjmení zaměstnance:

datum narození:

zaměstnanecký vztah na základě:

- pracovní smlouvy,
- dohody o provedení práce,
- dohody o pracovní činnosti,

3. Jméno a příjmení zaměstnance:

datum narození:

zaměstnanecký vztah na základě:

- pracovní smlouvy,
- dohody o provedení práce,
- dohody o pracovní činnosti,

Poučení:

Výše uvedené údaje budou správním orgánem ověřovány v NRZP.

Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich.

V Praze dne

.....
podpis poskytovatele domácí zdravotní péče

PLNÁ MOC

Jméno a příjmení :
datum narození:
adresa místa trvalého pobytu:

Zplnomocňuji tímto,

adresa místa trvalého pobytu.....

k vyřízení žádosti o vydání označení vozidla č. O5b a k převzetí tohoto označení.

.....
podpis

Plnou moc přijímám v plném rozsahu.

Jméno a příjmení :
datum narození:
adresa místa trvalého pobytu:

V Praze dne

.....
podpis

Oznámení o ztrátě, zničení či krádeži

Označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče č. O5b

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

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

Označení č. O5b (*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. O5b, které bylo ztraceno, zničeno, ukradeno, bude zneplatněno, ke dni tohoto oznámení pozbude platnosti.

Příloha:

1/ oznámení události Policii ČR