

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

Magistrát hlavního města Prahy

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví (oddělení zdravotních služeb)

Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, Praha 1

Ž Á D O S T

o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

dle ust. § 18 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách)

PRÁVNICKÁ OSOBA

Údaje o žadateli:

Obchodní firma (název):

Adresa sídla:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát

IČO (bylo-li přiděleno):

Tel.: E-mail:

Místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby v ČR (vyplní pouze
žadatelé se sídlem mimo území ČR):

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

Údaje o zřizovateli: *)

Název:

Adresa sídla:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ.....

IČ:

Tel.: E-mail:

Údaje o statutárním orgánu žadatele – údaje pro získání výpisu z rejstříku trestů (§ 13 odst. 3):

(je nezbytně nutné uvést všechny členy statutárního orgánu; v případě, že je zřizovatelem organizační složka státu nebo organizační složka územního samosprávného celku, uvedou se údaje o vedoucím organizační složky)

1. Jméno, příjmení, titul:

Číslo dokladu:

Typ dokladu:

- ☐ občanský průkaz ČR
☐ PAS ČR
☐ Povolení k pobytu cizince

Tel.: E-mail:

(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)

2. Jméno, příjmení, titul:

Číslo dokladu:

Typ dokladu:

- ☐ občanský průkaz ČR
☐ PAS ČR
☐ Povolení k pobytu cizince

Tel.: E-mail:

(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)

Odborný zástupce *(je-li více odborných zástupců, uveďte všechny včetně oborů):*

1. Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu: / Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

Tel.: E-mail:

(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)

2. Jméno, příjmení, titul:

Rodné příjmení:

Datum a místo narození:

Státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu: / Adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky:

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... okres: kraj:

PSČ..... stát.....

Tel.: E-mail:

(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/míst poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť; v případě poskytování domácí péče nebo konzultačních služeb uveďte místa kontaktních pracovišť):

ulice..... č.p./č.o...../.....

obec..... část obce: kraj:

PSČ.....

Tel.: E-mail:

Pro každé jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:

ROZSAH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Formu zdravotní péče: (zatrhnutím zvolte)

- ☐ ambulantní péče
 - ☐ primární ambulantní péče (registrující poskytovatel)
 - ☐ specializovaná ambulantní péče
 - ☐ stacionární péče
- ☐ jednodenní péče
- ☐ lůžková péče
 - ☐ akutní lůžková péče intenzivní
 - ☐ akutní lůžková péče standardní
 - ☐ následná lůžková péče
 - ☐ dlouhodobá lůžková péče
 - ☐ sociálně-zdravotní lůžková péče
- ☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:
 - ☐ návštěvní služba
 - ☐ domácí péče
 - ☐ ošetrovatelská
 - ☐ léčebně rehabilitační
 - ☐ paliativní
 - ☐ umělá plicní ventilace
 - ☐ dialýza
 - ☐ ošetrovatelská péče v zařízeních sociálních služeb
 - ☐ ošetrovatelská péče **bude** poskytována v nepřetržitém provozu
 - ☐ ošetrovatelská péče **nebude** poskytována v nepřetržitém provozu

Druh zařízení pobytových sociálních služeb (uveďte se v případě poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče, ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb):

- ☐ centrum denních služeb
- ☐ denní stacionář
- ☐ týdenní stacionář
- ☐ domov pro seniory
- ☐ domov se zvláštním režimem
- ☐ domov pro osoby se zdravotním postižením
- ☐ pobytové zařízení odlehčovacích služeb

Obory zdravotní péče:

.....
.....

(dle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat: (zatrhnutím zvolte)

- ☐ konzultační služby
- ☐ zdravotní služby poskytované centrem duševního zdraví (§ 44b)
- ☐ preventivní péče (§ 11a)
- ☐ telemedicínské zdravotní služby (§ 11c odst.2)
- ☐ zdravotnickou dopravní službu a přepravu pacientů neodkladné péče
- ☐ přednemocniční neodkladnou péči poskytovanou v rámci záchranné služby

Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby: (zatrhnutím zvolte)

- ☐ léčebně rehabilitační péče
- ☐ ošetrovatelská péče
- ☐ paliativní péče
- ☐ lékařská a farmaceutická péče
 - ☐ lékařská péče základního typu
 - ☐ výdejna zdravotnických prostředků

Datum, k němuž žadatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:

- ☐ dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- ☐ jiné

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby (vyplní pouze žadatelé, kteří žádají o udělení oprávnění na dobu určitou):

KONTAKTY:

Adresa pro doručování:

ulice..... č.p./č.o...../.....
obec..... okres: kraj:
PSČ.....
ID datové schránky
Mobilní telefon: E-mail:

Místně příslušný finanční úřad (vyplnit přesnou adresu):

.....

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení (vyplnit přesnou 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.

*Vydání rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši **Kč 1 000,-**. Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 30015-5157998/6000, v.s. 4004005714, nebo v hotovosti v pokladně Magistrátu hl. m. Prahy.*

V Praze dne:

.....

podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

**) vyplnit pouze v případě, je-li žadatel organizační složka státu či územního samosprávného celku*

Seznam dokladů žádosti poskytovatele zdravotních služeb - právnická osoba

1. **Formulář pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb - ke stažení**
<https://zdravotni.praha.eu>

2. **Doklad o zřízení nebo založení právnické osoby**, pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo pokud zápis ještě nebyl proveden.

- právnická osoba se sídlem mimo území ČR – dokládá výpis vedený ve státě sídla a doklad o zápisu PO, podniku nebo organizační složky podniku na území ČR do obchodního či obdobného rejstříku, pokud již byl zápis proveden

(doklad o zápisu do obchodního či obdobného rejstříku nesmí být starší 3 měsíců, doklad nepřikládají osoby zřízené na území ČR zákonem nebo bude-li poskytování zdrav. služeb zajišťováno organizační složkou státu nebo územního samosprávného celku)

3. **Zdravotnická záchranná služba** – doklad o tom, že žadatel byl zřízen krajem jako příspěvková organizace a doklad – oprávnění využívat linku národního čísla tísňového volání 155.

4. **Doklad o bezúhonnosti osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy** - výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů (výpis zajistí správní orgán). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

5. **Doklad o bezúhonnosti vedoucího organizační složky** státu nebo organizační složky územního samosprávného celku, bude-li poskytování zdravotních služeb zajišťováno touto organizační složkou výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů (výpis zajistí správní orgán). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

Doklady odborného zástupce:

6. **Doklad o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání (včetně zdravotní způsobilosti k výkonu povolání)** poskytovatele zdravotních služeb, má-li tuto způsobilost:

6.1. Doklady o vzdělání:

Lékařská povolání:

(zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů)

- **všeobecní praktičtí lékaři** – doklad o specializaci I. stupně v oboru všeobecné lékařství dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti

- **ostatní lékaři** – doklad o specializované způsobilosti v oboru (specializace II. stupně dle dřívějších právních předpisů nebo doklad MZ o specializované způsobilosti příp. o zvláštní specializované způsobilosti – u rozhodnutí pravomocný)

- **zubní lékaři** – diplom VŠ v oboru stomatologie (bylo-li studium zahájeno v akad. roce 2003/2004) nebo diplom v oboru zubní lékařství

- **zubní lékaři se specializací** – doklad o specializaci v příslušném oboru

- **farmaceuti** doklad o specializaci v některém ze specializačních oborů

Nelékařská povolání:

(zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů)

– doklady o absolvování studia, příp. doložení délky výkonu zdrav. povolání dle příslušných ustanovení zákona č. 96/2004 Sb.

6.2. Doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (vydává registrující praktický lékař, viz formulář dle vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - Lékařský posudek – ke stažení <https://zdravotni.praha.eu>)

6.3. Doklad o bezúhonnosti (výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti nebo podání žádosti o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů (výpis zajistí správní orgán - viz formulář Žádost o výpis z rejstříku trestů – ke stažení www.zdravotni.praha.eu). Občané jiných států – doklad prokazující splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem.

6.4. Členství v komoře u lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (viz prohlášení bod 6.5. ke stažení <https://zdravotni.praha.eu>)

6.5. Prohlášení odborného zástupce, že souhlasí s ustanovením do funkce odborného zástupce a že netrvá žádný z důvodů uvedených v ust. § 14 odst. 1 a 3 zákona č. 372/2011 Sb., pro který by nemohl funkci odborného zástupce vykonávat - nelze vykonávat funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele - ke stažení <https://zdravotni.praha.eu>

6.6. Doklad o pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli (neplatí pro odborného zástupce, který je současně statutárním zástupcem nebo manželem/manželkou nebo registrovaným partnerem/partnerkou – i v tomto případě musí být smlouva)

6.7. Doklad prokazující povolení k pobytu na území ČR, pokud má odborný zástupce povinnost takové povolení mít.

7. Prohlášení, že u žadatele netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ust. § 17 písm. b) a c) zákona č. 372/2011 Sb. a písemný souhlas předběžného insolvenčního správce nebo insolvenčního správce v případě, kdy nevydání tohoto souhlasu by bylo překážkou pro udělení oprávnění uvedenou v § 17 písm. d) nebo e) zákona - ke stažení <https://zdravotni.praha.eu>

8. Seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb - ke stažení <https://zdravotni.praha.eu>

9. Doklad, z něhož vyplývá **oprávnění žadatele užívat prostory** k poskytování zdravotních služeb včetně dokladu, z něhož vyplývá, že zdravotnické zařízení splňuje požadavky týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor (kolaudační souhlas, změna v užívání stavby apod.)

10. Prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno** - ke stažení www.zdravotni.praha.eu.

11. Provozní řád a rozhodnutí o schválení provozního řádu (pravomocné) vydané orgánem ochrany veřejného zdraví.

12. Souhlasné závazné stanovisko Státního ústavu pro kontrolu léčiv k technickému a věcnému vybavení zdravotnického zařízení, jde-li o poskytování **lékárenské péče**.

13. Nabyvatel majetkových vztahujících se k poskytování zdravotních služeb dosavadním poskytovatelem připojí doklady prokazující přechod majetkových práv na žadatele (dle ustanovení § 23 odst. 3 zákona č. 372/2012 Sb.).

14. Při poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče doložit rozhodnutí o registraci k poskytování sociálních služeb se shodným místem poskytování, jaké je uvedeno v oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o sociálních službách pro:

- týdenní stacionář
- domov pro seniory

- domov se zvláštním režimem
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- pobytové zařízení odlehčovacích služeb

15. Při poskytování ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb **doložit rozhodnutí o registraci k poskytování sociálních služeb** podle zákona o sociálních službách pro:

- centrum denních služeb
- denní stacionář
- týdenní stacionář
- domov pro seniory
- domov se zvláštním režimem
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- zařízení odlehčovacích služeb

16. Při poskytování centra duševního zdraví doložit **rozhodnutí o registraci k poskytování sociálních služeb centra duševního zdraví** podle § 70a zákona o sociálních službách nebo doložit **smlouvu o zajišťování sociálních služeb prostřednictvím smluvního poskytovatele sociálních služeb**, který je držitelem této registrace.

17. Doklad o úhradě správního poplatku.

(Vydání rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši **Kč 1000,-**. Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 30015-5157998/6000, v.s. 4004005714, nebo v hotovosti v pokladně Magistrátu hl. m. Prahy.

18. **Do 15 dnů ode dne zahájení poskytování zdravotních služeb** zaslat příslušnému správnímu orgánu kopii **pojistné smlouvy odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb** (ustanovení § 45 odst. 2 písm. n) zákona č. 372/2011 Sb.)

19. Pokud bude právnické osobě, která vzniká dnem zápisu do obchodního nebo jiného zákonem určeného rejstříku, vydáno rozhodnutí o **udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb před zápisem do rejstříku**, vznikne této právnické osobě **právo poskytovat zdravotní služby dnem zápisu do rejstříku**. Pokud bude právnické osobě se sídlem mimo území České republiky, která se zapisuje do obchodního rejstříku, vydáno rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb před zápisem do obchodního rejstříku, vznikne této právnické osobě právo poskytovat zdravotní služby dnem zápisu do obchodního rejstříku.

Nepodá-li právnická osoba uvedená ve větě první nebo druhé návrh na zápis do rejstříku ve lhůtě 90 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění nebo nebyl-li zápis proveden do 90 dnů ode dne podání návrhu na zápis, oprávnění zaniká uplynutím této lhůty. Právnická osoba je povinna zaslat příslušnému správnímu orgánu doklad prokazující podání návrhu na zápis do rejstříku do 15 dnů ode dne podání návrhu a dále doklad o tom, že právnická osoba byla zapsána do rejstříku, a to do 15 dnů ode dne provedení zápisu. (§ 19 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.)

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

Magistrát hlavního města Prahy

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví (oddělení zdravotních služeb

Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, Praha 1

Ž Á D O S T

o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů

za účelem doložení bezúhonnosti

dle § 13 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Jméno:

Rodné příjmení:

Nynější příjmení:

Číslo občanského průkazu: Muž / Žena

Státní občanství:

Narození

Stát:

Okres:

Obec:

Datum:

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.

Žádost se nepřekládá, pokud bude předložen výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti.

V Praze dne

.....

podpis

Vyplní správní orgán:

Městská část:	
Spis čj.:	
Poskytovatel zdravotních služeb:	
Fyzická osoba / Právnícká osoba	Statutární zástupce / Odborný zástupce
Číslo evidenční:	