Krajský úřad Zlínského kraje

Odbor zdravotnictví

tř. T. Bati 21

761 90 Zlín

Identifikátor datové schránky: scsbwku

**Žádost o udělení povolení k poskytování preventivní péče mimo zdravotnická zařízení – fyzická osoba**

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

**A) Poskytovatel zdravotních služeb** *(fyzická osoba)*

Číslo identifikačního dokladu ......................................... Druh dokladu: ......................................

Jméno, příjmení a titul žadatele1) ..........................................................................................................

Rodné příjmení: ......................................... Státní občanství: .........................................

Adresa místa trvalého pobytu:\*

obec\* ........................................................................ část obce\* ...................................................

ulice\* .......................................................... č.p./č.o.\* ........................... PSČ\* .............................

Stát\* .........................................

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

datum a místo narození:\* ...................................................

Telefon: ......................................... e-mail: ........................................................................

IČO: .........................................

**B) Údaje vztahující se k místu poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení**

1. Místo poskytování zdravotních služeb:

obec ........................................................................ část obce ...................................................

ulice .......................................................... PSČ .............................

další upřesnění místa: ...............................................................................................................

1. Místo poskytování zdravotních služeb:

obec ........................................................................ část obce ...................................................

ulice .......................................................... PSČ .............................

další upřesnění místa: ...............................................................................................................

1. Místo poskytování zdravotních služeb:

obec ........................................................................ část obce ...................................................

ulice .......................................................... PSČ .............................

další upřesnění místa: ...............................................................................................................

**C) Vymezení činností, které budou poskytovány mimo zdravotnické zařízení2):**

Žadatel hodlá poskytovat mimo zdravotnické zařízení v rámci preventivní péče tyto zdravotní výkony:

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

**D) Údaje o době poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení**

Žadatel hodlá poskytovat preventivní péči mimo zdravotnické zařízení v období

od .............................................. do ..............................................

**Rozhodnutí převezme žadatel:3)**

Osobní převzetí

Poštovní doručení

Doručení datovou schránkou

**Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma, že podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., se fyzická osoba [odst. 2, písm. a)], nebo právnická nebo podnikající fyzická osoba [odst. 3, písm. a)] dopustí přestupku tím, že úmyslně uvede nesprávný nebo neúplný údaj správnímu orgánu anebo mu požadovaný údaj zatají nebo uvede nesprávný anebo neúplný údaj v čestném prohlášení u správního orgánu.**

V...................................................... dne ..................................

podpis žadatele nebo osoby oprávněné jednat za žadatele

**Vysvětlivky**

*1)* Pokud vyplníte číslo a druh identifikačního dokladu, jsou údaje označené hvězdičkou nepovinné.

2) Mimo zdravotnické zařízení mohou být poskytovány zdravotní výkony v rámci preventivní péče zaměřené na předcházení onemocnění a jeho včasné rozpoznání, a to na základě povolení uděleného krajským úřadem.

Povolení se udělí poskytovateli, který je oprávněn poskytovat zdravotní služby, v jejichž rámci budou zdravotní výkony podle předchozího odstavce poskytovány mimo zdravotnické zařízení. Mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat jen takové zdravotní výkony v rámci preventivní péče, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.

*3)* Zvolenou variantu označte křížkem.

**K žádosti přiložte následující doklady**

1. ***kopii rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud rozhodnutí nevydal Krajský úřad Zlínského kraje***
2. ***závazné stanovisko Krajské hygienické stanice***