Krajský úřad Středočeského kraje

Odbor zdravotnictví

Zborovská 11

150 21 Praha 5

**POSKYTOVATELÉ POBYTOVÝCH SOCÁLNÍCH SLUŽEB**

**FORMULÁŘ PRO OZNÁMENÍ O POSKYTOVÁNÍ/ZMĚNĚ V POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

**(§ 11 odst. 8 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů)**

|  |
| --- |
| **1.1 Údaje o poskytovateli (právnická osoba):** |
| Obchodní firma (název): |  |
| IČ *(bylo-li přiděleno):* |  |
| **1.2 Kontaktní údaje poskytovatele:** |
| Telefon\*): | Email\*): |
| **1.3 Adresa sídla poskytovatele:** |
| Obec:  | Část obce:  | PSČ: |
| Ulice:  | č. p. / č. o.: | Stát: |
| **1.4 Místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby v ČR** *(vyplní pouze žadatelé se sídlem mimo území ČR):* |
| **1.5 Údaje o zřizovateli** *(vyplní se, je-li oznamovatel organizační složkou státu či územního samosprávného celku):* |
| **Název:** |  |
| **IČ:** |  |
| **Adresa sídla:** |
| Obec:  | Část obce:  | PSČ: |
| Ulice:  | č. p. / č. o.: | Stát: |
| **1.6 Statutární orgán žadatele**:  |
| Jméno, příjmení, titul: |  |
| Rodné příjmení: |  |
| Státní občanství: |  |
| Datum narození: |  | Místo narození: |
| **1.6.1 Kontaktní údaje statutárního orgánu:** |
| Telefon\*): | Email\*): |

|  |
| --- |
| **1.7 Předmět oznámení (oznámení o započetí, změna, ukončení poskytování zdravotních služeb – pro konkrétní místo poskytování):** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **1.8 Místa poskytování**  |
| **Adresa** (ulice, č. p. / č. o., PSČ) | **Typ** (týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem)  | **Počet lůžek** | **Zdravotní služby** (ošetřovatelské / rehabilitační) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1.9 Datum, k němuž oznamovatel hodlá zahájit poskytování zdravotních služeb:** |

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů.

V…………………..…………dne…………………….

……………………………………….…………….........

jméno, příjmení osoby oprávněné jednat za poskytovatele

*(vypište hůlkovým písmem)*

………………………….………………………….........

podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

**Přílohy:** pojistná smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb