**Žádost o schválení provozního řádu**

**zdravotnického zařízení\* - ústavu sociální péče\***

|  |
| --- |
| **Fyzická osoba\***  |
| Jméno, příjmení, datum narození:  |
| Trvalý pobyt:  |
| Adresa pro doručování (je-li odlišná od místa trvalého pobytu): |
| Zastoupena: |
| **Poznámka: Je nutno doložit písemnou plnou moc s vymezeným rozsahem zastupování** |

|  |
| --- |
| **Fyzická osoba podnikající\*** |
| Jméno, příjmení, datum narození:  |
| Podnikající pod obchodním jménem:  |
| Identifikační číslo:  |
| Adresa místa podnikání:  |
| Adresa pro doručování (je-li odlišná od místa podnikání):  |
| Zastoupena:  |
| **Poznámka: Je nutno doložit písemnou plnou moc s vymezeným rozsahem zastupování** |

|  |
| --- |
| **Právnická osoba**\* |
| Název:  |
| Identifikační číslo: |
| Adresa sídla:  |
| Adresa pro doručování (je-li odlišná od sídla):  |
| Zastoupena:  |
| **Poznámka: Je nutno doložit písemnou plnou moc s vymezeným rozsahem zastupování** |

|  |
| --- |
| **Žádá o schválení předloženého návrhu Provozního řádu** |
| Název pracoviště:  |
| Adresa pracoviště: |

**Dále uveďte:**

1. **formu zdravotní péče** (§ 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů)

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

 ……………………………………………………………………………………………………………..

1. **druh zdravotní péče** (§ 5 zákona č. 372/2011 Sb.,o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,ve znění pozdějších předpisů)

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

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

1. **obor zdravotní péče** (§ 4 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů + 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 + zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů)

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

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

*NEBO*

**název zdravotní služby** (§ 2 odst. 2 písm. d) až f) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů)

….......................................................................................................................................................

**Příloha:** ano\* – ne \*

**V ..........................................dne …………………….**

...........................................….. ………..…………………………….

Za KHS ZK žádost převzal/a/\* žadatel

 /podpis, event. razítko, kontaktní tel./