

Krajský úřad Moravskoslezského kraje  
odbor zdravotnictví  
28. října 2771/117  
702 00 Ostrava  
Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

Podací razítko – vyplní úřad

## Žádost o udělení povolení k poskytování zdravotních výkonů v rámci preventivní péče mimo zdravotnické zařízení

dle ust. § 11a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách  
a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

### Poskytovatel zdravotních služeb (fyzická osoba):

Jméno, příjmení, titul: .....

Datum narození: .....

Telefon, email, datová schránka: .....

Identifikační číslo: .....

Adresa místa trvalého pobytu (*uvedte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ*):

.....

Osoby bez trvalého pobytu na území ČR:

Adresa bydliště mimo území ČR (*uvedte stát, obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ*):

.....

Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR (*uvedte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ*):

.....

Číslo a datum vydání oprávnění, resp. registrace k poskytování zdravotních služeb:

.....

**Žádám o vydání rozhodnutí o udělení povolení k poskytování zdravotních výkonů v rámci preventivní péče mimo zdravotnické zařízení** ve smyslu ust. § 11a odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb. v rozsahu:

- **vymezení činností, které budou poskytovány mimo zdravotnické zařízení:**

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

- **místo(a), kde budou zdravotní výkony poskytovány mimo zdravotnické zařízení:**

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

- **doba, na kterou má být povolení uděleno, určená konkrétním datem:**

.....  
.....

**Adresa pro doručování písemností** (*uved'te obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSC*) – neplatí pro doručování do datové schránky:

.....

**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 (§ 2 odst. 2 a 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích).**

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

.....  
jméno, příjmení, titul žadatele (*vypíšte hůlkovým písmem*)

.....  
podpis žadatele

Způsob doručení rozhodnutí:

- osobní převzetí
- poštovní doručení (*pouze osoby bez datové schránky*)
- datovou schránkou

Poznámka:

**Nezbytnou přílohou žádosti o udělení povolení je:**

**a) kopie rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud rozhodnutí nevydal krajský úřad příslušný k udělení povolení,**

**b) závazné stanovisko krajské hygienické stanice.**