Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Podací razítko – vyplní úřad

odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

# Žádost o odnětí oprávnění/zrušení registrace

# k poskytování zdravotních služeb

# ve smyslu ust. § 23 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

# a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

## Poskytovatel zdravotních služeb (právnická osoba):

Obchodní firma (název): …………………………………………………………...........................................

Identifikační číslo: .………………………………………………………………………………………………….

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

Adresa sídla (uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

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

## Žádám o odnětí oprávnění/zrušení registrace k poskytování zdravotních služeb, vydaného rozhodnutím

č. j. ………………………………..………............................ ze dne ………………………………………………

**Den odnětí oprávnění/zrušení registrace:** .......................................................................................

Prohlašuji, že zdravotnickou dokumentaci pacientů, kteří včas nepředloží žádost o předání zdravotnické dokumentace jinému poskytovateli zdravotních služeb, a soupis této zdravotnické dokumentace předám osobě, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb, a to:

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

Vzhledem k tomu, že není osoba, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb, umožním převzít zdravotnickou dokumentaci pacientů správnímu orgánu neprodleně po ukončení poskytování zdravotních služeb.

**Termín převzetí zdravotnické dokumentace:** ………………………………………

**Adresa pro doručování písemností** (uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ) – neplatí pro doručování do datové schránky:

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

**Místně příslušný finanční úřad** (uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

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

**Místně příslušná správa sociálního zabezpečení** (uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ):

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

Uveďte (zakřížkováním) zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřeny smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně či odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb, o změně či zrušení registrace poskytovatele zdravotních služeb:

🞏 VZP (111) 🞏 VOZP (201) 🞏 ZP MV ČR (211) 🞏 OZP (207)

🞏 ČPZP (205) 🞏 RBP (213) 🞏 ZPŠ (209)

V …………………….......... dne ….............…………… Podpis žadatele ………...............…………………..

**Poznámka:**

Přijetí žádosti o odnětí oprávnění/zrušení registrace k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona
č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši
150,- Kč. Správní poplatek je splatný při přijetí žádosti. Správní poplatek nelze uhradit kolkem.

Správní poplatek bude uhrazen *(zvolte zakřížkováním)*:

🞏 v hotovosti 🞏převodem z účtu

Způsob doručení rozhodnutí *(zvolte zakřížkováním)*:

🞏osobní převzetí

🞏 doručení datovou schránkou

🞏 poštovní doručení (pouze osoby bez datové schránky)