**Prohlášení žadatele k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

**FYZICKÁ OSOBA**

***I. Prohlášení podle ustanovení § 18 odst. 2 písm. a) bod 11. zákona č. 372/2011 Sb.,  
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zdravotních službách)***

Jméno, příjmení, titul .....................................................................................................................

Datum narození .............................................................................................................................

Adresa místa trvalého pobytu v ČR .................................................................................................. (osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu a příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR).

prohlašuji, že u mě **netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění uvedených   
v § 17 zákona o zdravotních službách**.

***II. Prohlášení o věcném a technickém vybavení*** *(*§ 18 odst. 2 písm. a) bod 5. zákona o zdravotních službách).

Zároveň prohlašuji, že **zdravotnické zařízení**, které provozuji na adrese místa na adrese místa (míst) poskytování/pracoviště/kontaktního pracoviště

*Nehodící se škrtněte. V případě kombinace (např. místo poskytování + kontaktní pracoviště) uveďte za adresu o co se jedná.*

**1.** .................................................................................................................................................

**2.** .................................................................................................................................................

**3.** .................................................................................................................................................

**4.** .................................................................................................................................................

je pro poskytování dotčených zdravotních služeb **technicky a věcně vybaveno podle zákona  
o zdravotních službách** a příslušných prováděcích předpisů (§ 11 odst. 6 zákona o zdravotních službách).

**Pozn.: Poskytovatelé ZDRAVOTNICKÉ DOPRAVNÍ SLUŽBY, ZZS a poskytovatelé přepravy pacientů neodkladné péče** vyplní ještě prohlášení o vybavení poskytovatele odpovídajícími dopravními prostředky dle § 11odst. 7 zákona o zdravotních službách.

**III.** Prohlašuji, **že jsem** v souladu s § 16 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách **plně svéprávný/á.**

**IV. Prohlašuji, že jsem** **nepřerušil/a výkon povolání**

* **zdravotnického pracovníka - § 4a** zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, nebo
* **lékaře - § 6, zubního lékaře - § 9 či farmaceuta - § 12** zákona 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.

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné a nic není zamlčeno. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích,  
ve znění pozdějších předpisů).

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

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

Jméno a příjmení žadatele nebo osoby oprávněné jednat za žadatele

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

Podpis