**Krajský úřad Jihočeského kraje**

**Odbor zdravotnictví**

**U Zimního stadionu 1952/2**

**370 76 České Budějovice**

**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:

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

Identifikační číslo:

Telefon, email, datová schránka:

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:

Od:…………………………… Do: ……………………… (povolení lze udělit maximálně na dobu 1 roku, a to i s přihlédnutím k době uvedené v závazném stanovisku KHS)

Způsob doručení rozhodnutí:

[ ]  Osobní převzetí [ ]  Poštovní doručení [ ]  Doručení datovou schránkou

***(v případě, že máte zřízenu datovou schránku, lze využít pouze osobní převzetí nebo datovou schránku)***

**Adresa pro doručování písemností** *(uveďte obec, část obce, ulici, č. popisné/č. orientační, PSČ)* – 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. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích ve znění pozdějších předpisů).**

V…………………………………. dne………………………

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

jméno, příjmení, titul osoby oprávněné jednat podpis

za žadatele *(vypište hůlkovým písmem)*

\*\*Uveďte dle závazného stanoviska KHS