|  |
| --- |
| **P Ř I H L Á Š K A**uchazeče = poskytovatele oprávněného poskytovat zdravotní služby v příslušném oboru zdravotní péče**do výběrového řízení na poskytování a úhradu hrazených služeb**konaného podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů**včetně přílohy č. 1, která je podkladem pro členy komise výběrového řízení.** |

**Přihlašuji se do výběrového řízení, které bylo vyhlášeno Krajským úřadem Jihočeského kraje, Odborem zdravotnictví pod** **č. j.: KUJCK /202**

**pro**

|  |
| --- |
| rozsah hrazených služeb (vyplní se podle vyhlášení VŘ) |
| konkrétně vymezené území (vyplní se podle vyhlášení VŘ) |
| zdravotní pojišťovny (vyplní se podle vyhlášení VŘ) |

**Informace o uchazeči**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název:****(u fyzických osob jméno a příjmení; u právnických osob název obchodní firmy nebo poskytovatele zdravotních služeb)** |  |
| **IČO:** |  |
| **Sídlo:****(u fyzických osob sídlo/místo podnikání; u právnických osob sídlo podle výpisu z obchodního rejstříku nebo jiné evidence)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **jméno a příjmení konkrétní osoby, která bude poskytovat zdravotní služby, které jsou předmětem výběrového řízení:** |
| **pro obory lékařských zdravotnických povolání uveďte místně okresní sdružení příslušné komory, kterého je tato osoba členem (např.: OS ČLK Strakonice)** |
| **pro obory nelékařských zdravotnických povolání uveďte název profesní organizace, které je tato osoba členem:** |

 |

**Přihlášku do výběrového řízení podávám z důvodu (označte křížkem):**

|  |  |
| --- | --- |
| **□ Rozšíření o místo poskytování hrazených služeb**

|  |
| --- |
| adresa nového místa poskytování zdravotních služeb: |

 |
| **□ Změna místa poskytování hrazených služeb**

|  |
| --- |
| adresa nového místa poskytování zdravotních služeb: |

 |
| **□ Doplnění spektra smluv****□ Jiné** |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktní údaje na uchazeče:** **tel.:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **adresa pro doručení pozvánky na jednání komise výběrového řízení (vyplní osoby, které nemají datovou schránku):** |  |

**SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM *(nehodící se škrtněte)***

**s poskytnutím informací o uchazeči, o důvodu podání návrhu na konání výběrového řízení a kontaktních údajů na uchazeče členům komise, popř. subjektům, které členy do komise nominují.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V** | **dne** | **podpis** |

|  |
| --- |
| ***Pozn.******Pro posouzení splnění předpokladů pro poskytování hrazených služeb ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení, resp. podmínek daných zákonem o zdravotních službách, které je žadatel povinen splnit pro změnu oprávnění k poskytování zdravotních služeb v souvislosti s místem poskytování, pro které je předmětné výběrové řízení vyhlášeno (např. podklady související se zajištěním místa provozování atd.) je vhodné, aby nabídka byla co možná nejvíce konkrétní.*** |

**Příloha č. 1 k přihlášce do výběrového řízení**

Informace pro členy výběrové komise

o záměru uchazeče na zajišťování hrazených služeb

**Informace o uchazeči**

|  |  |
| --- | --- |
| Název uchazeče:(jméno a příjmení, u právnických osob název dle obchodního rejstříku nebo jiné evidence) |  |
| IČO: |  |
| IČZ (pokud bylo od VZP ČR přiděleno): |  |
| Sídlo:(trvalý pobyt, u právnických osob sídlo dle obchodního rejstříku nebo jiné evidence) |  |

**Stávající praxe a záměr**

|  |  |
| --- | --- |
| Obor a konkrétní odbornosti, v rámci nichž hodlá uchazeč hrazené služby poskytovat: |  |
| Plánovaný rozsah hrazených služeb, které jsou předmětem výběrového řízení:(např. hodinová hodnota úvazku) |  |
| Uchazeč má zájem o:(nehodící škrtněte) | * Uzavření nové smlouvy
* Převzetí praxe po (s výjimkou situací dle § 17 odst. 8 zákona č.48/1997 Sb.)
* Nový obor k již poskytovaným hrazeným službám
 |
| Vzdělání nositelů výkonů: |  |
| Dosavadní praxe nositelů výkonů: |  |
| Souběžné praxe nositelů výkonů:(odbornosti, název poskytovatele, adresa, hodinový rozsah úvazku) |  |
| Adresa/y místa poskytování zdravotních služeb:  |  |
| Adresa/y místa poskytování zamýšlených hrazených služeb: |  |
| Datum zahájení poskytování zdravotních služeb: |   |
| Datum zamýšleného zahájení poskytování hrazených služeb: |  |
| Nejbližší poskytovatel se stejnou odborností:(pouze v případě, že tento údaj je uchazeči znám) |  |
| Stručný **popis důvodů a záměru zajišťování hrazených služeb uchazečem:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kontaktní údaje pro případné doplňující dotazy členů komise: | Telefon:  |
| E-mail:  |
| Datum: | Podpis: |