**PROHLÁŠENÍ ODBORNÉHO ZÁSTUPCE**

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).

v souladu s ustanovením § 18 odst. 2 písm. a) bod 3. 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)

**souhlasím s ustanovením do funkce odborného zástupce** pro poskytovatele zdravotních služeb:

Název obchodní firmy .....................................................................................................................

Adresa sídla ...................................................................................................................................

IČO ............................................................................................................................................... Budete-li vykonávat odborného zástupce pro poskytovatele fyzickou osobu, uveďte místo názvu obchodní firmy jeho jméno, příjmení a datum narození, místo adresy sídla jeho adresu místa trvalého pobytu v ČR.

**a prohlašuji,**

**I. že splňuji všechny požadavky uvedené v § 14 odst. 1 a 3** zákona o zdravotních službách,  
a netrvá žádná z překážek, pro kterou bych nemohl funkci odborného zástupce vykonávat a dále,  
že tato funkce bude vykonávána **v souladu s § 14 odst. 2** zákona o zdravotních službách.

Svou funkci odborného zástupce budu vykonávat v rozsahu nezbytném pro řádné odborné řízení poskytovaných zdravotních služeb.

**II. 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 .................................

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

Podpis odborného zástupce