

Krajský úřad Středočeského kraje
Odbor zdravotnictví
Zborovská 11
150 21 Praha 5

Podací razítko (vyplní úřad):

PRÁVNICKÁ OSOBA

Oznámení změny

v souvislosti s plněním oznamovací povinnosti podle ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - dále jen zákon

Jedná-li se o změnu oboru, formy nebo místa poskytování (ať již jako rozšíření nebo jako náhradu za dosavadní obor, formu nebo místo) musí být změna ohlášena a požádáno o změnu oprávnění/registrace s dostatečným časovým předstihem, aby o změně mohlo být krajským úřadem rozhodnuto včas (dle požadavků poskytovatele), a ve lhůtách podle správního řádu.

Při změně oboru, formy, místa poskytování není možné poskytovat zdravotní služby v rozsahu požadovaných změn bez vydaného rozhodnutí o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb/registrace nestátního zdravotnického zařízení.

Správní orgán rozhodne v souladu se zákonem a správním řádem podle povahy změny v řízení z moci úřední nebo v řízení o žádosti.

Poskytovatel zdravotních služeb (právnícká osoba):

Název právnické osoby: Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, příspěvková organizace

Adresa sídla:

obec: Kladno

ulice: Vančurova 1544, 272 01

Místo usazení podniku nebo organizační složky podniku právnické osoby v ČR:

(vyplní pouze žadatelé se sídlem mimo území ČR)

.....
IČO: 750 30 926

Telefon/mobil*): 735 191 710 e-mail*): nikola.konopaskova@zachranka.cz

Oznamuji následující změnu/y údajů uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo změnu týkající se údajů v dokladech přiložených k žádosti o udělení oprávnění, případně změnu souhlasu, povolení nebo jiného rozhodnutí

nebo závazného stanoviska, které byly podkladem pro rozhodnutí o udělení oprávnění, anebo změnu údajů, týkajících se vedoucích zaměstnanců ve smyslu ustanovení § 18 odst. 2 písm. a) bodu 4 zákona, a v souvislosti s tím žádám o tomu odpovídající změnu oprávnění k poskytování zdravotních služeb/registrace nestátního zdravotnického zařízení:

➤ **změna názvu společnosti:**

.....

➤ **změna sídla společnosti:**

Nová adresa sídla:

obec: část obce:

ulice: č.p./č.o.: / PSČ:

➤ **Údajů o statutárním orgánu poskytovatele:** (zvolte zakřížkováním)

☐ změna osobních údajů jednatele, příp. člena statutárního orgánu

☐ ustanovení nového/dalšího jednatele, příp. člena statutárního orgánu

☐ ukončení výkonu funkce jednatele, příp. člena statutárního orgánu

jméno, příjmení, titul:

rodné příjmení: státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu:

obec: část obce:

ulice: č.p./č.o.: / PSČ:

stát:

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu, příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

Datum narození:

Místo a okres narození:

Telefon/mobil*): e-mail*):

Datum, k němuž žádáte provedení změny:

☐ (nejdříve lze) dnem nabytí právní moci rozhodnutí

☐ jiné datum

➤ **Údajů o odborném zástupci:** (zvolte zakřížkováním)

☐ změna osobních údajů odborného zástupce

☐ ustanovení nového odborného zástupce

☐ ukončení výkonu funkce odborného zástupce

jméno, příjmení, titul:

rodné příjmení: státní občanství:

Adresa místa trvalého pobytu:

obec: část obce:

ulice: č.p./č.o.: / PSČ:
stát:

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR včetně uvedení státu, příp. adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

Datum narození:

Místo a okres narození:

Telefon/mobil*): e-mail*):

Datum, k němuž žádáte provedení změny:

- ☐ (nejdříve lze) dnem nabytí právní moci rozhodnutí
☐ jiné datum

➤ **Údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb:** (zvolte zakřížkováním)

☒ rozšíření o míst poskytování - změna adresy místa poskytování od **1.2.2026**, kdy nahrazuje původní místo PZS – Pod Nádražím 654/15, Hořovice

☐ zrušení místa/míst poskytování

obec: Hořovice část obce PSČ: 268 01

ulice: Masarykova č. p.: 1345/3a

Telefon/mobil*): 739 229 551 – vrchní sestra

Pozn.: výjezdová skupina RZP, RLP

Název zdravotní služby: zdravotnická záchranná služba, přeprava pacientů neodkladné péče

Datum, k němuž žádáte provedení změny: **od 1.2.2026**

➤ ~~**Údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:**~~ (zvolte zakřížkováním a upřesněte)

☐ rozšíření poskytovaných služeb o obor/y včetně uvedení formy případně druhu poskytovaných zdravotních služeb

☐ zrušení poskytovaných služeb v oboru/v oborech včetně uvedení formy případně druhu nebo názvu poskytovaných zdravotních služeb

Datum, k němuž žádáte provedení změny:

- ☐ (nejdříve lze) dnem nabytí právní moci rozhodnutí
☐ jiné datum

➤ ~~**Jiné změny:**~~ (zvolte zakřížkováním a upřesněte)

☐ ~~**datum zahájení poskytování zdravotních služeb:**~~

☐ ~~**dobu, po kterou budou poskytovány zdravotní služby (doba platnosti oprávnění:**~~

☐ ~~**ostatní:**~~

Datum, k němuž žádáte provedení změny:

- ☐ (nejdříve lze) dnem nabytí právní moci rozhodnutí
☐ jiné datum

Za účelem zákonem stanovené povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně, pozastavení či zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb uveďte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění:

- ☒ VZP (111) ☒ VOZP (201) ☒ ZP MV ČR (211) ☒ OZP (207) ☒ ČPZP (205)
☒ ZPŠ (209) ☒ RBP (213)

Místně příslušný finanční úřad (uveďte obec, ulici, č. p., PSČ):

Osvoboz. pol. věžňů 3181, 272 80 Kladno

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení (uveďte obec, ulici, č. p., PSČ):

Fibichova 2819, 272 67 Kladno

Poznámka:

Podle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, podléhá správnímu poplatku ve výši 500 Kč **pouze:**

Přijetí žádosti o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb nebo rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, jejímž předmětem je změna

- rozsahu zdravotních služeb, týkající se formy, oboru nebo druhu zdravotní péče nebo zdravotní služby,
- místa poskytování zdravotních služeb, místa pracoviště poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče nebo místa kontaktního pracoviště poskytovatele domácí péče nebo
- doby platnosti oprávnění.

Správní poplatek lze uhradit bezhotovostně:

na číslo účtu: **4440009090 / 6000**, variabilní symbol **3007000046** (do zprávy pro příjemce uveďte název poskytovatele).

Správní poplatek lze uhradit také v pokladně Krajského úřadu Středočeského kraje.

Prohlašuji, že jsem plně svéprávný/svéprávná, všechny uváděné údaje jsou pravdivé a úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (např. přestupek podle § 2 odst. 3 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích – pokuta až do výše 50 000 Kč).

V Kladně dne dle el.podpisu

MUDr. Pavel Rusý, ředitel ZZS SK

.....
jméno, příjmení, titul osoby oprávněné jednat za poskytovatele
(vypište hůlkovým písmem)

.....
podpis osoby oprávněné jednat za poskytovatele

*) *nepovinné údaje*

Převzetí rozhodnutí:

- osobně
- datovou schránkou

Podle typu změny doložte příslušné doklady, informace vám podá referent odboru zdravotnictví.

Přílohy:

- *Kolaudační souhlas s užíváním stavby (Masarykova 1345/3a, Hořovice)*
- *Rozhodnutí KHS o schválení PŘ včetně doložky právní moci*
- *KHS SČK schválený Provozní řád VZ (Masarykova 1345/3a, Hořovice)*
- *Smlouva o nájmu (Masarykova 1345/3a, Hořovice)*
- *Seznam zdravotnických pracovníků VZ (Masarykova 1345/3a, Hořovice)*
- *Prohlášení o vybavení VZ (Masarykova 1345/3a, Hořovice)*
- *Prohlášení*
- *Doklad o uhrazení správního poplatku 500,-*