Krajský úřad Libereckého kraje
odbor zdravotnictví

Liberecký kraj

# Oznámení o záměru ukončit poskytování zdravotních služeb

dle § 59 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

**Údaje o poskytovateli zdravotních služeb:**

Jméno, příjmení, titul/Obchodní firma: ALERGOLOGIE ŽELEZNÝ BROD s.r.o.

IČ: 01663127

Místo poskytování: POLIKLINIKA JANÍ 53, 46822 ŽELEZNÝ BROD

Obor zdravotní péče: ALERGOLOGIE A KLINICKÁ IMUNOLOGIE

***Podle § 59 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) sděluji informaci o ukončení své činnosti – poskytování zdravotních služeb a žádám Vás o její zveřejnění na úřední desce.***

**Poskytování zdravotních služeb hodlám ukončit ke dni:** 31.3.2023

V poskytování zdravotních služeb v oboru ..... hodlá pokračovat

..... ode dne .....

v místě poskytování zdravotních služeb .....

**Pacienti mohou stávajícímu poskytovateli podat žádost o předání své zdravotnické dokumentace nově zvolenému poskytovateli zdravotních služeb nejpozději do**[1] 31.3.2023

**na adresu** .....

V Turnově dne 4.1.2023

ALERGOLOGIE ŽELEZNÝ BROD s.r.o.
Sídlo: Žižkova 1356, TURNOV, PSČ 51101
IČO 016 63 127 DIČ CZ01663127
Odpovědná osoba: MUDr. Jana Tomášková

MUDr. JANA TOMÁŠKOVÁ
jméno, příjmení, titul poskytovatele nebo osoby oprávněné jednat za poskytovatele

podpis poskytovatele nebo osoby oprávněné jednat za poskytovatele

[1] Datum ukončení poskytování zdravotních služeb

KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE

odbor zdravotnictví

# Žádost o odejmutí oprávnění/zrušení registrace

dle § 23 odst. 1 písm. c) 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")

**Údaje o poskytovateli zdravotních služeb** (žadatel)

Jméno, příjmení, titul (fyzická osoba)/Název poskytovatele (právnická osoba)

ALERGOLOGIE ŽELEZNÝ BROD s.r.o.

IČO: 01663127

Datum a místo narození (fyzická osoba) .....

Adresa místa trvalého pobytu fyzické osoby *(osoby bez trvalého pobytu na území ČR uvedou adresu bydliště mimo území ČR, včetně uvedení státu, případně adresu místa hlášeného pobytu na území ČR):*

Obec ..... část obce .....

Ulice ..... č. p./č. o. ..... PSČ .....

Stát .....

Adresa sídla fyzické osoby/právnické osoby:

Obec TURNOV část obce TURNOV 1

Ulice ŽIŽKOVA č. p./č. o. 1356 PSČ 51101

Stát ČR

Telefon 607 067 720 Email profruze@seznam.cz

Obor ALERGOLOGIE A KLINICKÁ IMUNOLOGIE

**a) Žádám o zrušení registrace vydané**[1]

- Okresním úřadem v Liberci dne ..... č. j. .....

[1] doplňte údaje k Rozhodnutí o registraci vydané příslušným správním orgánem

- Okresním úřadem v Jablonci nad Nisou dne ..... č. j. .....
- Okresním úřadem v Semilech dne ..... č. j. .....
- Okresním úřadem Česká Lípa dne ..... č. j. .....
- Krajským úřadem Libereckého kraje, odborem zdravotnictví (rozhodnutí vydaná v období od 1. 1. 2003 do 31. 3. 2012) dne ..... spis. zn. .....

b) **Žádám o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb** uděleného rozhodnutím Krajského úřadu Libereckého kraje, odborem zdravotnictví dne 24.7.2013
pod spis. zn. (nebo č. j.) 02 810/2013/SPO/OP

Datum odnětí oprávnění/zrušení registrace: .....

Dle § 23 odst. 2 zákona o zdravotních službách musí být žádost o odnětí oprávnění/zrušení registrace podána nejpozději 60 dnů přede dnem, k němuž poskytovatel požaduje oprávnění odejmout. Není-li dodržena lhůta pro podání žádosti, příslušný správní orgán odejme oprávnění k poskytování zdravotních služeb nejpozději k šedesátému dni ode dne podání žádosti.

**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) ☐ RBP (213) ☒ ZPŠ (209)

V poskytování zdravotních služeb hodlá pokračovat[2] .....
.....

Zdravotnická dokumentace pacientů, kteří včas nepředloží žádost o předání zdravotnické dokumentace jinému poskytovateli zdravotních služeb, bude včetně soupisu předána osobě, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb. Není-li taková osoba, bude zdravotnická dokumentace předána do 10 pracovních dnů ode dne ukončení poskytování zdravotních služeb správnímu orgánu.

Dne 4.1.2023

MUDr. JANA TOMÁŠKOVÁ
.....
jméno, příjmení, titul osoby oprávněné jednat za žadatele
*(vypište hůlkovým písmem)*

ALERGOLOGIE ŽELEZNÝ BROD s.r.o.
Sídlo: Žižkova 1356, TURNOV, PSČ 51101
IČO 016 63 127 DIČ CZ01663127
Odpovědná osoba: MUDr. Jana Tomášková

.....
podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

[2] Uveďte název osoby (jméno, příjmení, titul nebo název obchodní firmy)