

**ŽÁDOST O POVOLENÍ K POSKYTOVÁNÍ PREVENTIVNÍ ZDRAVOTNÍ  
PÉČE MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ**

podle § 11a zákona č. 372/2011 Sb.

**ŽADATEL:**

Jméno, příjmení, titul / Název: .....

Datum narození:..... IČ:.....

**Adresa trvalého pobytu / Sídla:**

Ulice, č.p.(č.o.):.....

Obec:..... PSČ: .....

Telefon:..... Email:.....

**VYMEZENÍ ČINNOSTÍ POSKYTOVANÝCH MIMO ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ** (zdravotní  
výkony v rámci preventivní péče zaměřené na předcházení onemocnění a jeho včasné rozpoznání):

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

**Adresa místa poskytování zdravotních výkonů mimo zdravotnické zařízení:**

Ulice, č.p.(č.o.):.....

Obec:..... PSČ: .....

**Doba, po níž se žádá o povolení:** od.....do.....

Datum:.....

.....  
*Jméno, příjmení (hůlkově) a podpis osoby oprávněné jednat za žadatele*

**Přílohy:**

- a) kopie rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb (bylo-li oprávnění uděleno jiným krajským úřadem)
- b) souhlasné závazné stanovisko krajské hygienické stanice

**Pozn.:**

**v případě většího rozsahu činností nebo více míst uveďte tyto informace jako přílohu žádosti**