

7/ - 6202 / 16  
**KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE**  
ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ  
Škroupova 18, 306 13 Plzeň

KRAJSKÝ ÚŘAD Plzeňského kraje		90/2016
Došlo:	21-01-2016	du
Č.j.	202/207/16	UKL. zn.
Počet listů	Počet příl.	0236

21

24/345/204/15

### Oznámení změny údajů

### v oprávnění k poskytování zdravotních služeb

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

#### Údaje o žadateli - právnické osobě

Obchodní firma (název): NEMOS SOKOLOV s.r.o.

Adresa sídla obchodní firmy:

obec: Praha

část obce: Bubeneč

Za Císařským mlýnem

č.p./č.o.: 1115/2

PSČ: 170 00

Stát ČR

IČO: 24747246

Telefonní spojení: ..... e-mail:\*) .....

#### Údaje o zřizovateli:

Název: .....

IČO: .....

Oznamuji **následující změnu údajů** uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, rozhodnutí ve znění pozdějších změn, 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 ust. § 18 odst. 2 písm. a) bodu 4 zákona o zdravotních službách:

#### ➤ Údajů o statutárním orgánu poskytovatele, viz aktuální údaje níže:

- ☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – příjmení
- ☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – trvalé bydliště
- ☐ ustanovení nového člena statutárního orgánu
- ☐ ukončení výkonu funkce člena statutárního orgánu

Jméno, příjmení, titul: .....

Rodné příjmení: ..... Státní občanství: .....

Datum narození: ..... Místo a okres narození: .....

Rodné číslo\*: .....

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ..... / ..... PSČ: .....

Stát .....

Telefonní spojení: ..... e-mail:\*) .....

➤ Údajů o odborném zástupci, viz aktuální údaje níže:

- ☐ změna osobních údajů odborného zástupce – příjmení, trvalé bydliště nebo místo trvalého pobytu
- ☐ ustanovení nového odborného zástupce
- ☐ ukončení výkonu funkce odborného zástupce

**Odborný zástupce** (je-li / musí-li být ustanoven v souladu s ustanovením § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):

Jméno, příjmení, titul: .....

Rodné příjmení: ..... Státní občanství: .....

Datum narození: ..... Místo a okres narození: .....

Rodné číslo\*: .....

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

**Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:**

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ...../..... PSČ: .....

Stát .....

Telefonní spojení: ..... e-mail:\*) .....

➤ Údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb, viz aktuální údaje níže:

- ☐ změna míst/a poskytování, dříve: .....
- ☐ rozšíření o místo/a poskytování
- ☒ zrušení míst poskytování: Sušice, Chmelenská 117, 342 01  
Modrava č.61, p. Filipova Huť, 341 92

**Nová adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):**

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ...../..... PSČ: .....

Telefonní spojení do výše uvedeného místa poskytování zdravotních služeb: .....

➤ Údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:

- ☐ rozšíření poskytovaných služeb o obor/y
- ☒ zrušení poskytovaných služeb v oboru/v oborech – Přeprava pacientů neodkladné péče



**Pro jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:**

**Formu zdravotní péče:** (zvolte zakřížkováním)

- ☐ ambulantní péče
- ☐ jednodenní péče
- ☐ lůžková péče
  - ☐ akutní lůžková péče intenzivní
  - ☐ akutní lůžková péče standardní
  - ☐ následná lůžková péče
  - ☐ dlouhodobá lůžková péče
- ☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:
  - ☐ návštěvní služba
  - ☐ domácí péče

**Obor/y zdravotní péče:** (vyplňte název jednotlivých oborů zdravotní péče - podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

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

**Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:** (zvolte zakřížkováním)

- ☐ léčebně rehabilitační péče
- ☐ lázeňská léčebně rehabilitační péče
- ☐ ošetrovatelská péče
- ☐ paliativní péče
- ☐ lékařská péče
- ☐ zdravotnická záchranná služba
- ☐ zdravotnická dopravní služba
- ☐ přeprava pacientů neodkladné péče

➤ **Jiné změny:**

**Datum, k němuž žadatel hodlá změnit poskytování zdravotních služeb:**

☒ dnem nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (nejbližší možné datum zahájení poskytování zdravotních služeb)

☐ jiné:

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby: .....

(Vyplní se pouze v případě, že se jedná o poskytování zdrav.služeb na dobu určitou)

Uveďte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

X VZP (111) X VOZP (201) X ZP MV ČR (211) X OZP (207)

X ČPZP (205) ☐ ZPŠ (209) ☐ RBP (213)

Vydání rozhodnutí o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši:

☐ změny osobních údajů (jméno, příjmení, trvalý pobyt, bydliště) 100 Kč

☐ ostatní změny 500 Kč

Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 1063003377/5500, VS 4661311, KS 558, nebo v hotovosti v pokladně Krajského úřadu Plzeňského kraje.

Správní poplatek bude uhrazen: (zvolte zakřížkováním)

☐ v hotovosti

☐ převodem z účtu

Způsob doručení rozhodnutí: (zvolte zakřížkováním)

X osobní převzetí

☐ poštovní doručení

☐ doručení datovou schránkou

Jako žadatel o změnu oprávnění podle § 18 odst. 3 zákona o zdravotních službách,

☐ pokračuji v poskytování zdravotních služeb podle § 23 odst. 3 zákona o zdravotních službách po dosavadním poskytovateli

☐ pokračuji v poskytování zdravotních služeb podle § 27 zákona o zdravotních službách po zemřelém poskytovateli

Název právnické osoby / Jméno, příjmení fyzické osoby:

NEMOS SOKOLOV s.r.o.

IČO: 24747246

Místo poskytování zdravotních služeb: Sušice III, Chmelenská 117, 342 01

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).

V Sušici

dne: 14. 1. 2016

Mgr. David Soukup, jednatel

.....  
jméno, příjmení, titul žadatele

.....  
podpis žadatele

P12-40513/16

**KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE**

ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ  
Škroupova 18, 306 13 Plzeň

KRAJSKÝ ÚŘAD Plzeňského kraje	
Došlo:	28-04-2016
C.č.	202/996/16
Počet listů	Počet příloh

**Oznámení změny údajů**

**v rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení**

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

**Údaje o žadateli - právnické osobě**

Obchodní firma (název): NEMOS SOKOLOV s.r.o.

Adresa sídla obchodní firmy:

Obec: Praha

část obce: Bubeneč

ulice: Za Císařským mlýnem

č.p./č.o.: 1115/2

PSČ: 170 00

Telefonní spojení: ..... e-mail:\*) soukup@nemosgroup.cz

IČO: 24747246

**Údaje o zřizovateli:** Název: NEMOS SOKOLOV s.r.o., Za Císařským mlýnem 1115/2,  
170 00 Praha – Bubeneč, zdravotnické zařízení Nemocnice Sušice, Chmelenská  
114, 342 01 Sušice

IČO: 24747246

➤ **Údajů o statutárním orgánu poskytovatele, viz aktuální údaje níže:**

- ☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – příjmení
- ☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – trvalé bydliště
- ☐ ustanovení nového člena statutárního orgánu
- ☐ ukončení výkonu funkce člena statutárního orgánu: .....

Jméno, příjmení, titul: .....

Rodné příjmení: .....Státní občanství: .....

Datum narození: ..... Místo a okres narození: .....

Rodné číslo\*: .....

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec:..... část obce: .....

ulice: .....č.p./č.o.: ...../..... PSČ: .....

Stát .....

Telefonní spojení: ..... e-mail:\*).....

➤ Údajů o odborném zástupci, viz aktuální údaje níže:

- ☐ změna osobních údajů odborného zástupce – příjmení, trvalé bydliště nebo místo trvalého pobytu
- ☐ ustanovení nového odborného zástupce
- ☐ ukončení výkonu funkce odborného zástupce: .....

**Odborný zástupce** (je-li / musí-li být ustanoven v souladu s ustanovením § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):

Jméno, příjmení, titul: .....

Rodné příjmení: ..... Státní občanství: .....

Datum narození: ..... Místo a okres narození: .....

Rodné číslo\*: .....

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajišťoval pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ..... / ..... PSČ: .....

Stát .....

Telefonní spojení: ..... e-mail:\*) .....

➤ Údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb, viz aktuální údaje níže:

- ☐ změna míst/a poskytování, dříve: .....
- ☐ rozšíření o místo/a poskytování
- ☐ zrušení míst/a poskytování

**Nová adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):**

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ..... / ..... PSČ: .....

Telefonní spojení do výše uvedeného místa poskytování zdravotních služeb: .....

➤ Údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:



rozšíření poskytovaných služeb o obor/y

zrušení poskytovaných služeb v oboru/v oborech

**Pro jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:**

**Formu zdravotní péče:** (zvolte zakřížkováním)

☒  
☒  
☒

ambulantní péče

jednodenní péče

lůžková péče

☒

akutní lůžková péče intenzivní

☒

akutní lůžková péče standardní

☒

následná lůžková péče

☒

dlouhodobá lůžková péče

☒

zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

☒

návštěvní služba

☒

domácí péče

**Obor/y zdravotní péče:** (vypište název jednotlivých oborů zdravotní péče - podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

- Ambulantní péče: Alergologie a klinická imunologie
- Ambulantní péče. Anesteziologie a intenzivní medicína
- + - Ambulantní péče: Dětské lékařství *ml*
- Ambulantní péče: Dermatovenerologie
- Ambulantní péče: Korektivní dermatologie
- Jednodenní péče v oboru chirurgie, ortopedie, gynekologie a porodnictví, urologie
- Akutní lůžková péče standardní: Rehabilitační a fyzikální medicína

Na adrese Sušice, Chmelenská 117/13 *ml*

**Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:** (zvolte zakřížkováním)

☒  
☒  
☒  
☒  
☒  
☒  
☒  
☒  
☒  
☒

léčebně rehabilitační péče

lázeňská léčebně rehabilitační péče

ošetřovatelská péče

paliativní péče

lékárenská péče

zdravotnická záchranná služba

zdravotnická dopravní služba

přeprava pacientů neodkladné péče

➤ Jiné změny:

**Datum, k němuž žadatel hodlá změnit poskytování zdravotních služeb:**

☒ dnem nabytí právní moci rozhodnutí o změně registrace nestátního zdravotnického zařízení (nejbližší možné datum zahájení poskytování zdravotních služeb se změnou)

☐ jiné .....

**Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby:** .....

(Vyplní se pouze v případě, že se jedná o poskytování zdrav. služeb na dobu určitou)

**Uveďte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně, pozastavení či zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb:**

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

Způsob doručení rozhodnutí: (zvolte zakřížkováním)

☒ osobní převzetí  
☐ poštovní doručení  
☐ doručení datovou schránkou

Jako žadatel o změnu registrace nestátního zdravotnického zařízení podle § 18 odst. 3 zákona o zdravotních službách,

☒ pokračuji v poskytování zdravotních služeb podle § 23 odst. 3 zákona o zdravotních službách **po dosavadním poskytovateli**

☐ pokračuji v poskytování zdravotních služeb podle § 27 zákona o zdravotních službách **po zemřelém poskytovateli**

**Název právnické osoby / Jméno, příjmení fyzické osoby:**

NEMOS SOKOLOV s.r.o., Za Císařským mlýnem 1115/2, 170 00 Praha - Bubeneč

IČO: 24747246

Místo poskytování zdravotních služeb: Nemocnice Sušice, Chmelenská 117, 342 01 Sušice

**Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo**

neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění  
pozdějších předpisů).

V Sokolově dne: 28.04.2016

*Mgr. David Soukup, jednatel*  
jméno, příjmení, titul žadatele  
(vypište čitelně)

.....  
podpis žadatele

Krajský úřad Plzeňského kraje  
Odbor zdravotnictví  
k rukám paní Rubášové  
Škroupova 18  
306 13 Plzeň

V Sokolově dne 06.05.2016

<b>KRAJSKÝ ÚŘAD Plzeňského kraje</b>		Č.dop.
Došlo: - 9 -05- 2016		Zprac.
č.j. 200/1064/16		Ukl. zn.
Počet listů	Počet příl.	

**DODATEK č. 1 k Oznámení změny údajů v rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení ze dne 28.04.2016**

**Žadatel:** NEMOS SOKOLOV s.r.o., IČ: 24747246, Za Císařským mlýnem č.p./č.o.: 1115/2, 170 00 Praha  
zdravotnické zařízení Nemocnice Sušice, Chmelenská 114, 342 01 Sušice

Dne 28.04.2016 bylo ke Krajskému úřadu Plzeňského kraje, odbor zdravotnictví podáno Oznámení změny údajů v rozhodnutí o <sup>oprávnění</sup> registraci nestátního zdravotnického zařízení. Tímto Dodatkem č. 1 doplňujeme k citovanému Oznámení změny údajů následující změny:

- 1) **Obor/y zdravotní péče:** (vypište název jednotlivých oborů zdravotní péče - podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Ambulantní péče: Dětské lékařství.....žádáme o její registraci +

Ambulantní péče: Alergologie a klinická imunologie ..... vyškrtáváme ze žádosti -

- 2) Žádáme zrušit lůžka v oboru gynekologie a porodnictví, **ANESTEZIOLOGIE A INTENZIVNÍ MEDICÍNA** hl

- 3) Datum, k němuž žadatel hodlá změnit poskytování zdravotních služeb:

01.06.2016 - Ambulantní péče. Anesteziologie a intenzivní medicína  
01.06.2016 - Ambulantní péče: Dětské lékařství  
01.09.2016 - Ambulantní péče: Dermatovenerologie  
01.09.2016 - Ambulantní péče: Korektivní dermatologie  
01.09.2016 - Jednodenní péče v oboru chirurgie, ortopedie, gynekologie a porodnictví, urologie  
01.11.2016 - Akutní lůžková péče standardní: Rehabilitační a fyzikální medicína

Mgr. David Soukup, jednatel  
jméno, příjmení, titul žadatele  
(vypište čitelně)

.....  
podpis žadatele



207/ 20/6/17  
202-11305/17  
202/395/202/15

**KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE**  
ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ  
Škroupova 18, 306 13 Plzeň

**Oznámení změny údajů**  
**v rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení**  
*v souvislosti s plněním oznamovací povinnosti podle ustanovení zákona č. 372/2011 Sb.,  
o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“)*

**Údaje o žadateli - právnické osobě**

Obchodní firma (název): NEMOS SOKOLOV s.r.o.

Adresa sídla obchodní firmy:

Obec: Praha

část obce: Bubeneč

ulice: Za Císařským mlýnem

č.p./č.o.: 1115/2

PSČ: 170 00

Telefonní spojení: 774 167 344 e-mail:\*) kompankova@nemosgroup.cz

IČO: 24747246

**Údaje o zřizovateli:** Název: NEMOS SOKOLOV s.r.o., Za Císařským mlýnem 1115/2,  
170 00 Praha – Bubeneč, zdravotnické zařízení Nemocnice Sušice, Chmelenská  
117, 342 01 Sušice

IČO: 24747246

➤ **Údajů o statutárním orgánu poskytovatele, viz aktuální údaje níže:**

- ☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – příjmení  
☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – trvalé bydliště  
☐ ustanovení nového člena statutárního orgánu  
☐ ukončení výkonu funkce člena statutárního orgánu: .....

Jméno, příjmení, titul: .....

Rodné příjmení: ..... Státní občanství: .....

Datum narození: ..... Místo a okres narození: .....

Rodné číslo\*: .....

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajišťl pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ..... / ..... PSČ: .....

Stát .....

Telefonní spojení: ..... e-mail:\*) .....

➤ Údajů o odborném zástupci, viz aktuální údaje níže:

☐ změna osobních údajů odborného zástupce – příjmení, trvalé bydliště nebo místo trvalého pobytu

X ukončení výkonu funkce odborného zástupce: MUDr. [REDACTED]

X ustanovení nového odborného zástupce: MUDr. [REDACTED]

**Odborný zástupce** (je-li / musí-li být ustanoven v souladu s ustanovením § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):

Jméno, příjmení, titul: MUDr. [REDACTED]

Rodné příjmení: Straka

Státní občanství: [REDACTED]

Datum narození: [REDACTED]

Místo a okres narození: [REDACTED]

Rodné číslo\*: [REDACTED]

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajišťil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: [REDACTED]

ulice: [REDACTED]

č.p./č.o.: [REDACTED]

PSČ: [REDACTED]

Stát: [REDACTED]

Telefonní spojení: [REDACTED] e-mail: [REDACTED]

**Nová adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb** (v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ..... / ..... PSČ: .....

Telefonní spojení do výše uvedeného místa poskytování zdravotních služeb: .....

➤ Údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:



rozšíření poskytovaných služeb o obor/y



zrušení poskytovaných služeb v oboru/v oborech

**Pro jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:**

**Formu zdravotní péče:** (zvolte zakřížkováním)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ambulantní péče  |
| <input type="checkbox"/>            | jednodenní péče  |
| <input type="checkbox"/>            | lůžková péče   |
| <input type="checkbox"/>            | akutní lůžková péče intenzivní                                       |
| <input type="checkbox"/>            | akutní lůžková péče standardní                                       |
| <input type="checkbox"/>            | následná lůžková péče  |
| <input type="checkbox"/>            | dlouhodobá lůžková péče  |
| <input type="checkbox"/>            | zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta: |
| <input type="checkbox"/>            | návštěvná služba   |
| <input type="checkbox"/>            | domácí péče  |

**Obor/y zdravotní péče:** (vypište název jednotlivých oborů zdravotní péče - podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

- Ambulantní péče: Psychiatrie

**Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:** (zvolte zakřížkováním)

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | léčebně rehabilitační péče          |
| <input type="checkbox"/>            | lázeňská léčebně rehabilitační péče |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ošetřovatelská péče                 |
| <input type="checkbox"/>            | paliativní péče                     |
| <input type="checkbox"/>            | lékárenská péče                     |
| <input type="checkbox"/>            | zdravotnická záchranná služba       |
| <input type="checkbox"/>            | zdravotnická dopravní služba        |
| <input type="checkbox"/>            | přeprava pacientů neodkladné péče   |

➤ **Údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | rozšíření poskytovaných služeb o obor/y        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | zrušení poskytovaných služeb v oboru/v oborech |

**Pro jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:**

**Formu zdravotní péče:** (zvolte zakřížkováním)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ambulantní péče  |
| <input type="checkbox"/>            | jednodenní péče  |
| <input type="checkbox"/>            | lůžková péče   |
| <input type="checkbox"/>            | akutní lůžková péče intenzivní                                       |
| <input type="checkbox"/>            | akutní lůžková péče standardní                                       |
| <input type="checkbox"/>            | následná lůžková péče  |
| <input type="checkbox"/>            | dlouhodobá lůžková péče  |
| <input type="checkbox"/>            | zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta: |
| <input type="checkbox"/>            | návštěvní služba   |
| <input type="checkbox"/>            | domácí péče  |

**Obor/y zdravotní péče:** (vypište název jednotlivých oborů zdravotní péče - podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., vyhlášky č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

- Ambulantní péče: Dermatovenerologie
- Ambulantní péče: Korektivní dermatologie

**Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:** (zvolte zakřížkováním)

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | léčebně rehabilitační péče          |
| <input type="checkbox"/>            | lázeňská léčebně rehabilitační péče |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ošetřovatelská péče                 |
| <input type="checkbox"/>            | paliativní péče                     |
| <input type="checkbox"/>            | lékárenská péče                     |
| <input type="checkbox"/>            | zdravotnická záchranná služba       |
| <input type="checkbox"/>            | zdravotnická dopravní služba        |
| <input type="checkbox"/>            | přeprava pacientů neodkladné péče   |

➤ **Jiné změny:**

OSTATNÍ ZŮSTÁVÁ BEZE ZMĚNY - DLE POSLEDNÍHO ROZHODNUTÍ O ZMĚNĚ OPRÁVNĚNÍ K POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB ZE DNE 19. 5. 2016.

Datum, k němuž žadatel hodlá změnit poskytování zdravotních služeb:

☒ dnem nabytí právní moci rozhodnutí o změně registrace nestátního zdravotnického zařízení (nejbližší možné datum zahájení poskytování zdravotních služeb se změnou)

☐ jiné .....

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby: .....

(Vyplní se pouze v případě, že se jedná o poskytování zdrav. služeb na dobu určitou)

Uveďte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění a to z důvodu povinnosti zaslání stejnopisů rozhodnutí o změně, pozastavení či zániku oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

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

Způsob doručení rozhodnutí: (zvolte zakřížkováním)

☒ osobní převzetí  
☐ poštovní doručení  
☒ doručení datovou schránkou

Jako žadatel o změnu registrace nestátního zdravotnického zařízení podle § 18 odst. 3 zákona o zdravotních službách,

☐ pokračuji v poskytování zdravotních služeb podle § 23 odst. 3 zákona o zdravotních službách po dosavadním poskytovateli

☐ pokračuji v poskytování zdravotních služeb podle § 27 zákona o zdravotních službách po zemřelém poskytovateli

**Název právnické osoby / Jméno, příjmení fyzické osoby:**

NEMOS SOKOLOV s.r.o., Za Císařským mlýnem 1115/2, 170 00 Praha - Bubeneč

IČO: 24747246

Místo poskytování zdravotních služeb: Nemocnice Sušice, Chmelenská 117, 342 01 Sušice

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů (§ 21 odst. 1 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů).

V Sokolově dne: 30.05.2017

Mgr. David Soukup, jednatel  
jméno, příjmení, titul žadatele  
(vypište čitelně)

.....  
podpis žadatele

DATA / 10/7/17 202/1573/17  
20 / 345/202/15

Krajský úřad Plzeňského kraje  
Odbor zdravotnictví  
Škroupova 18  
306 13 Plzeň

V Karlových Varech dne 20.07.2017

**Dodatek k žádosti o Oznámení změna údajů v rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení ze dne 30.05.2017**

Tento dodatek k žádosti o Oznámení změna údajů v rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení ze dne 30.05.2017 spočívá ve změně Odborného zástupce zdravotnického zařízení:

Obchodní firma (název): NEMOS SOKOLOV s.r.o.

Adresa sídla obchodní firmy:

Obec: Praha

ulice: Za Císařským mlýnem

část obce: Bubeneč

č.p./č.o.: 1115/2

PSČ: 170 00

Telefonní spojení: 774 167 344 e-mail:\*) kompankova@nemosgroup.cz

IČO: 24747246

Údaje o zřizovateli: Název: NEMOS SOKOLOV s.r.o., Za Císařským mlýnem 1115/2, 170 00 Praha – Bubeneč, zdravotnické zařízení Nemocnice Sušice, Chmelenská 117, 342 01 Sušice

IČO: 24747246

**kdy dochází k následující změně:**

**původně:**

➤ Údajů o odborném zástupci, viz aktuální údaje níže:

☐ změna osobních údajů odborného zástupce – příjmení, trvalé bydliště nebo místo trvalého pobytu

X ukončení výkonu funkce odborného zástupce: [redacted]

X ustanovení nového odborného zástupce: MUDr. [redacted]

Odborný zástupce (je-li / musí-li být ustanoven v souladu s ustanovením § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):

Jméno, příjmení, titul: MUDr. [redacted]

Rodné příjmení: [redacted]

Státní občanství: [redacted]

Datum narození: [redacted]

Místo a okres narození: [redacted]

Rodné číslo: [redacted]

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: Dobřany

Korespondenční adresa:



Nemocnice Sokolov  
Slovenská 545  
350 01 Sokolov

ad@nemosgroup.cz  
ID datové schránky: yfqu2ax  
tel.: 352 520 371 fax: 352 603 090

IČZ: 48008000  
bank. spojení: 230829267/0300

ulice: Tichá

č.p./č.o.: 1156

PSČ: 334 41

Stát: ČR

**Nově:**

**Ustanovení nového odborného zástupce: MUDr. [redacted] od [redacted]**

Jméno, příjmení, titul: MUDr. Petr Čapek

Rodné příjmení: Čapek

Státní občanství: [redacted]

Datum narození: [redacted]

Místo a okres narození: [redacted]

Rodné číslo\*: [redacted]

*(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajistil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)*

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: [redacted]

ulice: [redacted]

č.p./č.o.: [redacted]

PSČ: [redacted]

Stát: [redacted]

Telefonní spojení: [redacted]

e-mail: [redacted]

V Karlových Varech dne 20.07.2017

Mgr. David Soukup, jednatel  
jméno, příjmení, titul žadatele  
(vypište číselně)

.....  
podpis žadatele

Příloha: Prohlášení odborného zástupce, pracovní smlouva, lékařský diplom

# KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE

ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ

Škroupova 18, 306 13 Plzeň

*Det.*

## Formulář pro změny

### Údaje o právnické osobě:

Název právnické osoby: NEMOS SOKOLOV s.r.o.

Adresa sídla:

Obec: Praha 1

část obce: Nové Město

Ulice: Na Florenci

č.p./č.o.: 2116/15

PSČ: 110 00

Stát: Česká Republika

IČO: 247 47 246

Zdravotnické zařízení NEMOCNICE SUŠICE, Chmelenská 117, 342 01 Sušice

Telefonní spojení 774 167 344 e-mail:\*) kompankova@nemosgroup.cz

76. 19259/18

KRAJSKÝ ÚŘAD Plzeňského kraje		č. dop.
Došlo:	21-02-2018	zprac.
č.j.	21/522/18	okl. zn.
Počet listů	Počet příl.	

21/522/18 12.6

**Oznamuji následující změnu nezpoplatněných údajů uvedených v rozhodnutí k poskytování zdravotních služeb, ve znění pozdějších změn, a to:**

*v souvislosti s plněním oznamovací povinnosti podle ustanovení § 21, popř. 121 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“)*

#### ➤ Údajů o obchodní společnosti:

- ☐ změna názvu (obchodní firmy) - údaj viz výše  
☒ změna adresy sídla - údaj viz výše

#### ➤ Údajů o statutárním orgánu poskytovatele, viz aktuální údaje níže:

- ☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – příjmení  
☐ změna osobních údajů člena statutárního orgánu poskytovatele – trvalé bydliště  
☒ ustanovení nového člena statutárního orgánu

Jméno, příjmení, titul: Mgr. Barbora Vaculíková, MBA

Rodné příjmení: [REDAKCE]

Státní občanství: CZE

Datum narození: 23.12.1971

Místo a okres narození: Praha 2

Rodné číslo\*: [REDAKCE]

*(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajišťil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)*

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: Praha 6

část obce: Bubenec

ulice: Na hutích

č.p./č.o.: 757/14

PSČ: 160 00

Stát Česká republika



Jméno, příjmení, titul: MUDr. Václav Jirků

Rodné příjmení: Jirků

Státní občanství: CZE

Datum narození: 10.05.1972

Místo a okres narození: Praha 6

Rodné číslo\*: 720510/0199

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajišťil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec: Praha 6

část obce: Dejvice

ulice: Kolejní

č.p./č.o.: 429/3 PSČ: 160 00

Stát Česká republika

**X ukončení výkonu funkce člena statutárního orgánu:**

Jméno, příjmení, titul: Mgr. David Soukup

rodné příjmení

státní občanství CZE

Adresa místa trvalého pobytu:

obec Karlovy Vary

část obce

Doubí

ulice U Ovčárny

č.p./č.o. 411/4

PSČ 360 07

Stát Česká republika

Datum a místo narození: 28.02.1976,

**➤ Údajů o odborném zástupci, viz aktuální údaje níže:**

☐

změna osobních údajů odborného zástupce – příjmení

☐

změna osobních údajů odborného zástupce – trvalé bydliště

**X ustanovení nového odborného zástupce**

**Odborný zástupce** (je-li / musí-li být ustanoven v souladu s ustanovením § 12 odst. 2 a 3 zákona o zdravotních službách, je-li více odborných zástupců, uveďte všechny):

Jméno, příjmení, titul: MUDr. Ondřej Beneš

Rodné příjmení:

Státní občanství: CZE

Datum narození:

Místo a okres narození:

Rodné číslo\*:

(\*Doplňte, pouze pokud požadujete, aby výpis z rejstříku trestů podle ustanovení § 13 odst. 3 zákona o zdravotních službách zajišťil pro účely správního řízení správní orgán příslušný k vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb.)

Adresa místa trvalého pobytu / Adresa místa hlášeného pobytu na území ČR:

obec:

část obce: .....

ulice:

č.p./č.o.: PSČ:

Stát Česká republika

Telefonní spojení:

e-mail:\*)

**X ukončení výkonu funkce odborného zástupce: MUDr. bytem**

Žádám o následující změnu zpoplatněných údajů uvedených v rozhodnutí k poskytování zdravotních služeb, ve znění pozdějších změn, a to:

dle ustanovení § 18, popř. § 121 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

➤ Údajů o místu/místech poskytování zdravotních služeb:

- ☐ změna míst/a poskytování, dříve: .....
- ☐ rozšíření o místo/a poskytování, viz adresa níže
- ☐ zrušení míst/a poskytování, viz adresa níže

Nová adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):

obec: ..... část obce: .....

ulice: ..... č.p./č.o.: ...../..... PSČ: .....

Telefonní spojení do výše uvedeného místa poskytování zdravotních služeb: .....

Údajů o formě zdravotní péče, oboru zdravotní péče, popřípadě druhu zdravotní péče nebo názvu zdravotní služby:

- ☐ rozšíření poskytovaných služeb o obor/y
- ☒ zrušení poskytovaných služeb v oboru/v oborech

Pro jednotlivé místo poskytování zdravotních služeb uveďte:

Formu zdravotní péče: (zvolte zakřížkováním)

☐ **ambulantní péče**

- ☐ primární ambulantní péče
- ☐ specializovaná ambulantní péče
- ☐ ambulantní stacionární péče

☐ **jednodenní péče**

☒ **lůžková péče**

- ☒ akutní lůžková péče intenzivní
- ☒ akutní lůžková péče standardní
- ☐ následná lůžková péče standardní
- ☐ následná lůžková intenzivní péče
- ☐ následná lůžková léčebně rehabilitační péče
- ☐ dlouhodobá lůžková péče vyjma intenzivní
- ☐ dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

☐ zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta:

☐ návštěvní služba

☐ umělá plicní ventilace

☐ dialýza

☐ domácí péče

☐ ošetrovatelská

☐ léčebně rehabilitační

☐ paliativní

☐ umělá plicní ventilace

☐ dialýza

**Obor/y zdravotní péče:** (vypište názov jednotlivých oborů zdravotní péče - podle zákona č. 95/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

- Lůžková péče\_akutní lůžková péče standardní v oboru chirurgie
- Lůžková péče\_akutní lůžková péče standardní v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny
- Lůžková péče\_akutní lůžková péče intenzivní v oboru chirurgie

**Druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:** (zvolte zakřížkováním)

☐ léčebně rehabilitační péče

☐ lázeňská léčebně rehabilitační péče

☐ ošetrovatelská péče

☐ paliativní péče

☐ lékárenská péče

☐ lékárna

☐ výdejna zdravotnických prostředků

☐ odloučení oddělení pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků

☐ zdravotnická záchranná služba

☐ pracoviště zdravotnického operačního střediska

☐ zdravotnická záchranná služba-výjezdové místo

☐ zdravotnická záchranná služba-vzletové místo

☐ zdravotnická dopravní služba

☐ přeprava pacientů neodkladné péče

☐ protialkoholní a protitoxikomanická záchranná služba

☐ laboratorní pracoviště

☐ odběrové místo

> Jiné změny:

Datum, k němuž žadatel hodlá změnit poskytování zdravotních služeb:

☒ dnem nabytí právní moci rozhodnutí o změně  
(nejbližší možné datum zahájení poskytování zdravotních služeb)

☐ jiné .....

Doba, po kterou žadatel hodlá poskytovat zdravotní služby: .....

(Vyplní se pouze v případě, že se jedná o poskytování zdrav. služeb na dobu určitou)

Uvedte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona o veřejném zdravotním pojištění a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

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

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, místa kontaktního pracoviště poskytovatele domácí péče, **nebo doby platnosti oprávnění**, podléhá dle položky 25 zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši: **500 Kč**

Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 1063003377/5500, VS 4661311, KS 558, nebo v hotovosti v pokladně Krajského úřadu Plzeňského kraje.

Správní poplatek byl uhrazen: (zvolte zakřížkováním)

☐ v hotovosti  
☒ převodem z účtu

Způsob doručení rozhodnutí: (zvolte zakřížkováním)

☒ osobní převzetí  
☐ poštovní doručení  
☐ doručení datovou schránkou


Souhlasím s poskytnutím stejnopisu rozhodnutí Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Českému statistickému úřadu a příslušné profesní organizaci.

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

V Praze

dne: 09.02.2018

Mgr. Barbora Vaculíková, jednatelka  
NEMOS SOKOLOV s.r.o.  
jméno, příjmení, titul osoby  
oprávněné jednat za žadatele

  
Petra Kompánková, manažer úsek  
zdravotních pojišťoven PHC  
jméno, příjmení podpis osoby oprávně  
jedenat za žadatele na základě  
plné moci ze dne 12.01.2018

OTR. 4111518



# KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE

ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ  
Škroupova 18, 306 13 Plzeň



Toto rozhodnutí nabylo právní moci  
dne 30.10.2015

KRAJSKÝ ÚŘAD Plzeňského kraje  
podpis: [redacted]

Naše č. j.: ZDR/2315/15  
Spis. zn.: ZN/345/ZDR/15  
Počet listů: 4  
Počet příloh: 0  
Počet listů příloh: 0

Vyřizuje: Jiřina Rubášová

Datum: 29.10.2015

## ROZHODNUTÍ o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor zdravotnictví, příslušný k rozhodování podle ustanovení § 15 odst. 1 písm. a) 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“), na základě žádosti obchodní společnosti NEMOS SOKOLOV s.r.o., IČO: 24747246, se sídlem: Za Císařským mlýnem 1115/2, Bubeneč, Praha, PSČ 170 00, ze dne 12.10.2015, **rozhodl** podle ustanovení § 16 odst. 3 zákona o zdravotních službách, ve správním řízení podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), **t a k t o:**

Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor zdravotnictví **u d ě l u j e** oprávnění k poskytování zdravotních služeb níže uvedenému poskytovateli:

### **Poskytovatel – právnická osoba:**

Obchodní firma /název:

Adresa sídla:

IČO:

**NEMOS SOKOLOV s.r.o.**

Praha, Bubeneč, Za Císařským mlýnem  
1115/2, PSČ 170 00  
24747246

Statutární orgán – jednatel:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

**Mgr. David Soukup**

28.02.1976

Karlovy Vary, Doubí, U Ovčárny 411/4,  
PSČ 360 07

Odborný zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

**MUDr. [redacted]**

Forma a obor zdravotní péče, popřípadě druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:

Ambulantní péče:

- chirurgie
- vnitřní lékařství
- gynekologie a porodnictví
- praktické lékařství pro děti a dorost
- hematologie a transfúzní lékařství – pouze hematologie – laboratoř
- klinická biochemie - laboratoř
- všeobecné praktické lékařství
- rehabilitační a fyzikální medicína
- radiologie a zobrazovací metody
  - skiagrafické pracoviště
  - skiaskopické pracoviště
  - ultrazvukové pracoviště

Lůžková péče:

akutní lůžková péče standardní

- chirurgie
- gynekologie a porodnictví
- vnitřní lékařství
- dětské lékařství

akutní lůžková péče intenzivní

- chirurgie
- vnitřní lékařství
- anesteziologie a intenzivní medicína

následná lůžková péče

Lékařská pohotovostní služba

Název zdravotní služby:

- přeprava pacientů neodkladné péče

Adresa míst poskytování zdravotních služeb:

- Sušice, Sušice III, Chmelenská 117, PSČ 342 01

Název zdravotní služby:

- přeprava pacientů neodkladné péče

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

- Modrava, Filipova Huť 61, PSČ 341 92

Obor a forma zdravotní péče:

- radiologie a zobrazovací metody – ambulantní péče
  - skiagrafické pracoviště
  - ultrazvukové pracoviště

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

- Sušice, Sušice I, Náměstí Svobody 2, PSČ 342 01

Datum zahájení poskytování zdravotních služeb:

1. listopad 2015

**Odůvodnění**

Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor zdravotnictví (dále jen „KÚPK“), obdržel dne 12.10.2015 žádost obchodní společnosti NEMOS SOKOLOV s.r.o., (dále jen „žadatel“) o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb v souladu s ustanovením § 18 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Spolu se žádostí byly předloženy veškeré doklady požadované podle ustanovení § 18 odst. 2 zákona o zdravotních službách. Žadatel požádal o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle ustanovení § 18 odst. 3 a § 23 odst. 3 zákona o zdravotních službách s tím, že na něj byla převedena majetková práva dosavadního poskytovatele a započne s poskytováním zdravotních služeb ke dni odejmutí oprávnění dosavadnímu poskytovateli NEMOCNICE SUŠICE o.p.s., IČO 25224301, se sídlem Pod Nemocnicí 116, Sušice III, 342 01 Sušice.

Po zjištění, že jsou splněny zákonem stanovené podmínky pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb včetně uhrazení příslušného správního poplatku, bylo žádosti vyhověno a vydáno toto rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb výše uvedenému žadateli.

V případě, že dojde ke změně údajů uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb či ke změně údajů v dokladech předkládaných se žádostí o udělení oprávnění, je poskytovatel zdravotních služeb povinen dle ustanovení § 21 zákona o zdravotních službách všechny tyto změny písemně oznámit Krajskému úřadu Plzeňského kraje, odboru zdravotnictví, a předložit o těchto změnách doklady, a to do 15 dnů ode dne, kdy se o nich dozvěděl.



### Poučení

Proti tomuto rozhodnutí je přípustné odvolání dle § 81 správního řádu, a to do 15 dnů ode dne jeho oznámení. Odvolací lhůta běží ode dne následujícího po dni, kdy bylo rozhodnutí oznámeno. Odvolání se podává u Krajského úřadu Plzeňského kraje, odboru zdravotnictví, o odvolání rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Mgr. Jan Karásek  
vedoucí odboru zdravotnictví



████████████████████  
v z. Mgr. Luboš Šimek  
vedoucí oddělení zdravotní správy

### Rozdělovník

místně příslušný správce daně (FÚ)  
místně příslušná okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ)  
Český statistický úřad

Jméno a příjmení: ...  
Název a sídlo: NEMOS SOKOLOV s.r.o.  
PRAHA 7, Za Císařským mlýnem 1115/2  
Potvrzuji převzetí tohoto rozhodnutí /  
Dne 30. 10. 2015. Podpis ...  
Vzdávám se práva odvolání  
Dne 30. 10. 2015. Podpis ...

# KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE

ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ

Škroupova 18, 306 13 Plzeň



Toto rozhodnutí nabylo právní moci  
dne 26.1.2016

KRAJSKÝ ÚŘAD Plzeňského kraje  
podpis: *Rubášová*

Naše č. j.: ZDR/207/16  
Spis. zn.: ZN/345/ZDR/15  
Počet listů: 3  
Počet příloh: 0  
Počet listů příloh: 0

Vyřizuje: Jiřina Rubášová

Datum: 26.01.2016

## ROZHODNUTÍ

### o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor zdravotnictví, příslušný k rozhodování podle ustanovení § 15 odst. 1 písm. a) 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“), na základě oznámení obchodní společnosti NEMOS SOKOLOV s.r.o., IČO: 24747246, se sídlem: Za Císařským mlýnem 1115/2, Bubeneč, Praha, PSČ 170 00, ze dne 21.01.2016, **rozhodl** podle ustanovení § 21 odst. 3 zákona o zdravotních službách, ve správním řízení podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), **t a k t o:**

Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor zdravotnictví, **m ě n í o p r á v ě n ě n í k p o s k y t o v á n í z d r a v o t n ě h o s l u ž e b**, které bylo uděleno rozhodnutím č. j.: ZDR/2315/15 ze dne 29.10.2015 a to tak, že se mění údaje týkající se zrušení zdravotní služby. Oprávnění k poskytování zdravotních služeb zní nově takto:

#### Poskytovatel – právnická osoba:

Obchodní firma /název:

Adresa sídla:

IČO:

**NEMOS SOKOLOV s.r.o.**

Praha, Bubeneč, Za Císařským mlýnem  
1115/2, PSČ 170 00  
24747246

Statutární orgán – jednatel:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

**Mgr. David Soukup**

28.02.1976

Karlovy Vary, Doubí, U Ovčárny 411/4,  
PSČ 360 07

Odborný zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

**MUDr.**

Forma a obor zdravotní péče, popřípadě druh zdravotní péče nebo název zdravotní služby:

Ambulantní péče:

- chirurgie
- vnitřní lékařství
- gynekologie a porodnictví
- praktické lékařství pro děti a dorost
- hematologie a transfúzní lékařství – pouze hematologie – laboratoř
- klinická biochemie - laboratoř
- všeobecné praktické lékařství
- rehabilitační a fyzikální medicína
- radiologie a zobrazovací metody
  - skiagrafické pracoviště
  - skiaskopické pracoviště
  - ultrazvukové pracoviště

Lůžková péče:

akutní lůžková péče standardní

- chirurgie
- gynekologie a porodnictví
- vnitřní lékařství
- dětské lékařství

akutní lůžková péče intenzivní

- chirurgie
- vnitřní lékařství
- anesteziologie a intenzivní medicína

následná lůžková péče

Lékařská pohotovostní služba

Obor a forma zdravotní péče:

- radiologie a zobrazovací metody – ambulantní péče
  - skiagrafické pracoviště
  - ultrazvukové pracoviště

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

- Sušice, Sušice I, Náměstí Svobody 2, PSČ 342 01

Datum zahájení poskytování zdravotních služeb se změnou:

- dnem nabytí právní moci tohoto rozhodnutí

### Odůvodnění

Krajský úřad Plzeňského kraje, odbor zdravotnictví (dále jen „KÚPK“), obdržel dne 21.01.2016 od obchodní společnosti NEMOS SOKOLOV s.r.o. (dále jen „poskytovatel“) oznámení změny týkající se údajů uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb ze dne 29.10.2015 vydaném KÚPK pod č.j. ZDR/2315/15. Jednalo se o zrušení zdravotní služby.

Vzhledem k tomu, že poskytovatel předložil veškeré doklady k provedení výše uvedené změny a uhradil příslušný správní poplatek, rozhodl KÚPK dle ustanovení § 21 odst. 3 zákona o zdravotních službách o změně oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

V případě, že dojde ke změně údajů uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb či ke změně údajů v dokladech předkládaných se žádostí o udělení oprávnění, je poskytovatel zdravotních služeb povinen dle ustanovení § 21 odst. 1 a 2 zákona o zdravotních službách, všechny tyto změny písemně oznámit Krajskému úřadu Plzeňského kraje, odboru zdravotnictví, a předložit o těchto změnách doklady, a to do 15 dnů ode dne, kdy se o nich dozvěděl.

### Poučení

Proti tomuto rozhodnutí je přípustné odvolání dle § 81 správního řádu, a to do 15 dnů ode dne jeho oznámení. Odvolací lhůta běží ode dne následujícího po dni, kdy bylo rozhodnutí oznámeno. Odvolání se podává u Krajského úřadu Plzeňského kraje, odboru zdravotnictví, o odvolání rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví České republiky.





Mgr. Jan Karásek  
vedoucí odboru zdravotnictví



### Rozdělovník

Český statistický úřad  
místně příslušná okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ)  
místně příslušný správce daně (FÚ)  
příslušné zdravotní pojišťovny

Jméno a příjmení:   
Název a sídlo: Nemos Sokolov s.r.o.  
Plzeň 115/12  
Potvrzuji převzetí tohoto rozhodnutí.  
Dne 12.2.16 Podpis:   
Vzdávám se práva odvolání.  
Dne 12.2.16 Podpis: 