

# PROHLÁŠENÍ

## ODBORNÉHO ZÁSTUPCE

Já, ..... narozený/á dne .....,  
trvale bytem ..... **prohlašuji,**  
**že souhlasím s ustanovením do funkce odborného zástupce** u poskytovatele  
zdravotních služeb (*název*) .....  
IČO: .....

**Zároveň prohlašuji, že u mě netrvá žádný z důvodů uvedených v ustanovení § 14 odst. 1 a 3 a zákona č. 372/2011 Sb.,** o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, pro který bych nemohl/a funkci odborného zástupce vykonávat:

- jsem způsobilý/á k samostatnému výkonu zdravotnického povolání,
- jsem plně svéprávný/á,
- jsem bezúhonný/á,
- jsem držitelem/kou povolení k pobytu na území České republiky, pokud má povinnost takové povolení mít,
- jsem členem České lékařské/stomatologické/lékařnické komory, jestliže členství v komoře je podmínkou pro výkon tohoto povolání,
- netrvá u mě některá z překážek pro udělení oprávnění uvedených v ustanovení § 17 zákona č. 372/2011 Sb.,
- nevykonávám funkci odborného zástupce pro více než 2 poskytovatele.

**Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů** (např. přešupek podle § 2 odst. 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

V ..... dne .....

.....  
jméno a příjmení, titul odborného zástupce  
(*vyplnit tiskem nebo hůlkovým písmem*)

.....

podpis