**Žádost o vydání Označení vozidla lékaře konajícího návštěvní službu č. O 5a**

Dle § 67 odst. 1 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů, a § 21 vyhlášky č. 294/2015 Sb., kterou se provádějí pravidla provozu na pozemních komunikacích, ve znění pozdějších předpisů.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Žádám o vydání označení vozidla lékaře konajícího návštěvní službu
č. O 5a:**

**Žadatel:**

1. **Fyzická osoba a Fyzická osoba podnikající:**

Příjmení, jméno, titul................................................................................................................

Datum narození ................................

Číslo průkazu totožnosti ......................................... \*IČO.............................................

Trvalý pobyt .............................................................................................................................

Tel. číslo ................................ e-mail..............................................................................

1. **Právnická osoba:\***

Jméno/Název ............................................................................

IČO .......................................

Oprávněná osoba ………………………………………………………………………………………………………….

…………..…..………………………………………………………………………………………….

(ověřeno dle dokladu totožnosti)

Tel. číslo ................................ e-mail..............................................................................

**Přílohy:**

1. **Praktický lékaře provozující nestátní zdravotnické zařízení:**
* průkaz totožnosti
* rozhodnutí o registraci vydané krajským úřadem
* doklad o tom, že
	+ registruje pojištěnce – potvrzení zdravotní pojišťovny (příp. zdravotních pojišťoven) nebo
	+ zajišťuje lékařskou službu první pomoci či se na jejím zajištění podílí –
	potvrzení krajského úřadu nebo
	+ vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby – potvrzení místně příslušné zdravotnické záchranné služby
1. **Praktický lékař vykonávající činnost praktického lékaře jako zaměstnanec**

**státního zdravotnického zařízení (SZZ)**

* průkaz totožnosti
* potvrzení, že je zaměstnancem SZZ, vykonávajícím činnost praktického lékaře
* potvrzení, že je odborně způsobilý k výkonu činnosti praktického lékaře –
doklad o atestaci
1. **Praktický lékař, který je zaměstnancem nestátního zdravotnického zařízení (NSZZ)**
* průkaz totožnosti
* potvrzení, že je zaměstnancem NSZZ, vykonávajícím činnost praktického lékaře
* potvrzení, že je odborně způsobilý k výkonu činnosti praktického lékaře – doklad o atestaci
* ověřenou kopii rozhodnutí o registraci NSZZ, jehož je zaměstnancem
* doklad (popř. ověřenou kopii) o tom, že NSZZ, jehož je žadatel zaměstnancem
	+ registruje pojištěnce – potvrzení zdravotní pojišťovny (popř. zdravotních pojišťoven) nebo
	+ zajišťuje lékařskou službu první pomoci či se na jejím zajištění podílí – potvrzení krajského úřadu nebo
	+ vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby – potvrzení místně příslušné zdravotnické záchranné služby

V.......................................................................... dne……………………………………………

Podpis žadatele ..........................................................................................................................