

Magistrát města Karlovy Vary
odbor dopravy
Moskevská 21
361 20 Karlovy Vary

Ž á d o s t O5

o vydání označení vozidla praktického lékaře ve službě

1) Identifikační údaje žadatele - FYZICKÁ OSOBA

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Číslo elektronicky čitelného identifikačního údaje (pokud je fyzická osoba jeho držitelem)	
Adresa trvalého pobytu, nebo jiná adresa pro doručování (nepovinný údaj, pokud je vyplněno číslo elektronicky čitelného identifikačního údaje)	

(2) Identifikační údaje žadatele - FYZICKÁ OSOBA PODNIKAJÍCÍ

Jméno a příjmení, případně evidované obchodní jméno	
Identifikační číslo	
Adresa místa podnikání, nebo jiná adresa pro doručování	

(3) Identifikační údaje žadatele - PRÁVNICKÁ OSOBA

Název nebo obchodní firma	
Identifikační číslo nebo obdobný údaj	
Adresa sídla, nebo jiná adresa pro doručování	

KONTAKTNÍ ÚDAJE *

Telefonní číslo	
E-mail	

Jsem praktický(á) lékař(ka), který(á):

- je provozovatelem nestátního zdravotnického zařízení, a který registruje pojištěnce nebo zajišťuje lékařskou službu první pomoci nebo se na jejím zajišťování podílí nebo vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby
- je zaměstnancem státního nebo nestátního zdravotnického zařízení, které registruje pojištěnce nebo zajišťuje lékařskou službu první pomoci nebo se na jejím zajišťování podílí nebo vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby

V dne

.....
jméno, příjmení a podpis oprávněné osoby

Přílohy:

Žadatel, který provozuje nestátní zdravotnické zařízení, přiloží:

- průkaz totožnosti za podmínek stanovených správním řádem
- rozhodnutí o registraci vydané krajským úřadem (zákon č. 160/1992 Sb.)
- doklad o tom, že registruje pojištěnce (potvrzení zdravotní pojišťovny nebo pojišťoven) nebo zajišťuje lékařskou službu první pomoci či se na jejím zajištění podílí (potvrzení krajského úřadu) nebo vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby (potvrzení zdravotnické záchranné služby)

Žadatel, který je zaměstnanec státního zdravotnického zařízení (SZZ), přiloží:

- průkaz totožnosti za podmínek stanovených správním řádem
- potvrzení, že je zaměstnancem SZZ, vykonávajícím činnost praktického lékaře
- potvrzení, že je odborně způsobilý k výkonu činnosti praktického lékaře (doklad o atestaci)

Žadatel, který je zaměstnanec nestátního zdravotnického zařízení (NSZZ), přiloží:

- průkaz totožnosti za podmínek stanovených správním řádem
- 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 zaměstnancem, registruje pojištěnce (potvrzení zdravotní pojišťovny nebo pojišťoven) nebo zajišťuje lékařskou službu první pomoci či se na jejím zajištění podílí (potvrzení krajského úřadu) nebo vykonává zálohu zdravotnické záchranné služby (potvrzení zdravotnické záchranné služby)

* nepovinný údaj — zároveň vyjadřuji souhlas se zpracováním těchto údajů příslušnými útvary Magistrátu města Karlovy Vary za účelem vyřízení žádosti, a to v souladu s nařízením č. 679/2016 o ochraně osobních údajů fyzických osob (GDPR)