



JP estetic surgery s.r.o.
Pomezí 1387/7
182 00 Praha 8 – Libeň

Váš dopis zn./ze dne:

Vyřizuje/tel.:

Č. j.:

Štěpánka Katsiedlová

MHMP 1925722/2023

236004140

Sp. zn.:

Počet listů/příloh: 2/0

S-MHMP 1866577/2023

Datum:

14.09.2023

Rozhodnutí o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Magistrát hlavního města Prahy, odbor zdravotnictví, jako správní orgán věcně a místně příslušný dle 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“), podle ustanovení § 23 odst. 1 písm. c) téhož zákona, na základě písemné žádosti poskytovatele JP estetic surgery s.r.o., IČO 29412242, ze dne 05.09.2023, zahájil správní řízení podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, a

o d n í m á k e d n i 31.10.2023

oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které vydal Magistrát hlavního města Prahy, pod sp. zn.: S-MHMP/990065/14/ZDR, dne 09.07.2014.

Právnícká osoba:

Obchodní firma:

Adresa sídla:

IČO:

JP estetic surgery s.r.o.

Pomezí 1387/7, 182 00 Praha 8

29412242

Statutární orgán:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa bydliště mimo

území České republiky:

MUDr. Ján Pilka

Jméno a příjmení odborného zástupce:

Datum narození:

Adresa bydliště mimo

území České republiky:

MUDr. Ján Pilka

Sídlo: Mariánské nám. 2/2, 110 01 Praha 1

Pracoviště: Jungmannova 35/29, 110 00 Praha 1

Pražské kontaktní centrum: 800 100 000, fax: 236 007 157

E-mail: posta@praha.eu, ID DS: 48ia97h

Adresa místa poskytování
zdravotních služeb:

Jankovcova 1569/2c, 170 00 Praha 7

Forma zdravotní péče:

**ambulantní péče
jednodenní péče**

Obor zdravotní péče:

**anesteziologie a intenzivní medicína
plastická chirurgie**

O d ů v o d n ě n í :

Dne 05.09.2023 písemně požádal poskytovatel JP estetic surgery s.r.o. o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Jako důvod uvedl poskytovatel ukončení poskytování zdravotních služeb.

Protože účastníkem řízení byla dodržena lhůta daná ustanovením § 59 odst. 1 zákona o zdravotních službách, tím, že poskytovatel dne 24.08.2023 písemně oznámil úmysl ukončení poskytování zdravotních služeb, správní orgán v souladu s ustanovením § 23 odst. 2 zákona o zdravotních službách rozhodl o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Proto bylo rozhodnuto, jak je výše uvedeno.

P o u ě n í :

Proti tomuto rozhodnutí je možno se odvolat prostřednictvím Magistrátu hlavního města Prahy, odboru zdravotnictví, k Ministerstvu zdravotnictví do 15 dnů ode dne oznámení rozhodnutí, dle ustanovení § 81 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

Oprávněná úřední osoba:

Ing. Alena Havelková
ředitelka odboru zdravotnictví
Magistrátu hlavního města Prahy

podepsáno elektronicky

Rozdělovník:

1. JP estetic surgery s.r.o.
2. Magistrát hlavního města Prahy – spis
3. Místně příslušný správce daně
4. Místně příslušná okresní správa sociálního zabezpečení
5. Česká lékařská komora
6. Zdravotní pojišťovny

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA
Magistrát hlavního města Prahy
Odbor zdravotnictví
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, 110 00 Praha 1

ŽÁDOST

o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb

(o zrušení registrace)

dle ustanovení § 23 odst. 1 písm. c) 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“)

Právnícká osoba

Poskytovatel zdravotních služeb

Obchodní firma nebo název právnické osoby: IP PLASTIC SURGERY

Adresa sídla, PSČ: POHYBNÍ 1381/7 PRAHA 8, 18200

IČO: 29412242

Jméno, příjmení, titul statutárního zástupce:

HYDRI JAN PILGA

ID datové schránky: 

mobil tel.: 

e-mail:

Adresa pro doručování: (je-li požadováno doručení na jinou adresu než shora uvedeno, jinak se nevyplňuje):

Adresa místa/míst poskytování zdravotních služeb:

ulice: JANKOVCELA č.p./č.o. 1569 / 26

obec: PRAHA část obce:

kraj: PRAŽSKÝ

PSČ: 170 00

Číslo jednací rozhodnutí o udělení oprávnění nebo rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, o jehož odnětí žadatel žádá:

MHMP 49783/2021

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb (podle § 23 odst. 2 musí být žádost podána nejpozději 60 dnů předem, k němuž poskytovatel požaduje oprávnění odejmout) 31. 10. 2023

Podle § 59 odst. 1 zákona o zdravotních službách „Poskytovatel, který hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb, je povinen informaci o ukončení své činnosti zveřejnit alespoň 60 dnů předem zamýšleného ukončení, a to ve zdravotnickém zařízení na veřejně přístupném místě, popřípadě na svých internetových stránkách“.

Poskytovatel v souladu s ustanovením § 59 odst. 1 zákona o zdravotních službách současně žádá Magistrát hlavního města Prahy, odbor zdravotnictví, jako příslušný správní orgán, na jejímž území poskytuje zdravotní služby, o uveřejnění následující informace na jeho úřední desce:

- datum zamýšleného ukončení činnosti: 31. 10. 2023

- datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli

zvolenému pacientem: 31. 10. 2023

- adresu místa pro předložení žádosti: JAN KOVČOHA 1569/2c

PRAHA 7, 170 00

- Identifikační údaje poskytovatele, který hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb,

jde-li o postup podle § 23 odst. 3 zákona o zdravotních službách:

Převedení majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb na právnickou osobu:

Obchodní firma nebo název právnické osoby - poskytovatele zdravotních služeb:

Adresa sídla, PSČ:

IČO:

ke dni

Převedení majetkových práv vztahujících se k poskytování zdravotních služeb na fyzickou osobu:

Jméno, příjmení, titul - poskytovatele zdravotních služeb:

.....

Adresa trvalého pobytu:

.....

IČO:

ke dni

Zdravotní péče o pacienty a zdravotnická dokumentace byla / bude předána jinému poskytovateli zdravotních služeb – právnické osobě:

Obchodní firma a název právnické osoby – poskytovatele zdravotních služeb:

.....

Adresa sídla, PSČ:

.....

IČO:

ke dni

Zdravotní péče o pacienty a zdravotnická dokumentace byla / bude předána jinému poskytovateli zdravotních služeb – fyzické osobě:

Jméno, příjmení, titul - poskytovatele zdravotních služeb:

.....

Adresa trvalého pobytu:

.....

IČO:

ke dni

Adresa místa / míst poskytování zdravotních služeb:

Ulice: č.p. / č. o. /

Obec: část obce Kraj

PSČ:

Telefon:

Den předání:

Právnícká osoba, jejíž oprávnění k poskytování zdravotních služeb zaniklo na základě rozhodnutí příslušného správního orgánu, je povinna v souladu s ustanovením § 60 odst. 1 zákona o zdravotních službách zajistit předání zdravotnické dokumentace a její soupis příslušnému správnímu orgánu, a to do 10 pracovních dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí. V případě nesplnění této právní povinnosti se dopustí právnícká osoba správního deliktu podle § 115 odst. 1 písm. e) zákona o zdravotních službách tím, že v rozporu s ustanovením § 60 odst. 1 nezajistí předání zdravotnické dokumentace nebo jejího soupisu nebo nepředá zdravotnickou dokumentaci nebo její soupis příslušnému správnímu orgánu. Za spáchání takového správního deliktu se podle ustanovení § 115 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách uloží pokuta ve výši do 100 000 Kč.

V souladu s ustanovením § 63 odst. 5 zákona o zdravotních službách bude zdravotnická dokumentace včetně soupisu předána Magistrátu hlavního města Prahy v termínu do 10 pracovních dnů, kdy nastala skutečnost rozhodná pro její předání, pokud tento zákon nestanovení jinak:

ano / ne

Uvedte zdravotní pojišťovny, se kterými máte uzavřené smlouvy podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to z důvodu povinnosti zasílání stejnopisů rozhodnutí o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb:

☐ 111 VZP ČR

☐ 201 VoZP ČR

☐ 205 ČPZP

☐ 207 OZP

☐ 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

☐ 211 ZPMV ČR

☐ 213 Revírní bratrská pokladna ZP

☒ Žádná zdravotní pojišťovna

Kontakty:

Místně příslušný finanční úřad (adresa): FU pro HL. m. PRAHA 2
TROJSKA 1997/139, 18200 PRAHA

Místně příslušná správa sociálního zabezpečení (adresa):
FRAJSKÁ SPRÁVA SOC. ZABEZPEČENÍ; TROJSKA 1997
PRAHA 2; 18200

Upozornění:

Vydání rozhodnutí o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb podléhá dle zákona č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, správnímu poplatku ve výši 150,- Kč. Správní poplatek lze uhradit na číslo účtu: 30015-5157998/6000, variabilní symbol: 4004005714. Správní poplatek lze rovněž uhradit v hotovosti v pokladně Magistrátu hlavního města Prahy.

Upozornění: (týká se oborů všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost)

Pokud byl zaměstnanec žadatele držitelem Označení vozidla lékaře konajícího návštěvní službu, tj. č.: Označení č. 05 jsou tyto osoby povinny toto označení neprodleně odevzdat orgánu, jenž je vydal, neboť důvody pro jeho oprávněné užívání pominuly.

V Praze dne 3.9.2023

.....

podpis statutárního orgánu žadatele

nebo osoby oprávněné jednat za žadatele