**IZJAVA**

**o izpolnjevanju pogojev za opravljanje zdravilske dejavnosti**

**po določilih Zakona o zdravilstvu (Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11) in Pravilnika o pogojih za opravljanje zdravilske dejavnosti (Uradni list RS št. 101/11)**

Spodaj podpisani/-a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*ime in priimek odgovorne osebe*) v imenu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*navedba imena fizične ali pravne osebe*) izjavljam, da izpolnjujem pogoje za opravljanje zdravilske dejavnosti, ki so določeni v Zakonu o zdravilstvu (Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11, v nadaljnjem besedilu: zakon) in Pravilniku o pogojih za opravljanje zdravilske dejavnosti (Uradni list RS, št. 101/11, v nadaljnjem besedilu: pravilnik), zlasti pa:

* na objektu, v katerem so prostori za opravljanje zdravilske dejavnosti, je napis, ki označuje firmo družbe in oznako, da gre za zdravilsko dejavnosti;
* prostor, v katerem se opravlja zdravilska dejavnost, se ne uporablja za stanovanjske potrebe ali za druge namene, in je ločen od stanovanjskih prostorov;
* poleg prostora, v katerem se opravlja zdravilska dejavnost, zagotavljam še naslednje pomožne prostore ali opremo:
* za shranjevanje zdravilskih izdelkov in pripomočkov,
* za odlaganje, čiščenje, razkuževanje oziroma sterilizacijo opreme in pribora,
* čakalnico,
* sanitarni prostor, opremljen z umivalnikom s toplo in hladno pitno vodo, tekočim milom in brisačami za enkratno uporabo oziroma sušilcem za roke,
* garderobne kabine oziroma prostor za preoblačenje in garderobne omarice za shranjevanje oblačil, pri vrstah zdravilske dejavnosti, kjer se mora uporabnik sleči ali preobleči;
* velikost, razporeditev, izvedba in opremljenost prostorov, v katerih se opravlja zdravilska dejavnost, omogoča učinkovito naravno ali umetno prezračevanje in primerno osvetlitev ter učinkovito čiščenje in razkuževanje ter preprečevanje križanja čistih in nečistih poti, glede na zdravilsko dejavnost, ki se tam opravlja;
* v prostoru, v katerem se opravlja zdravilska dejavnost, je nameščena oprema za prvo pomoč v skladu s pravilnikom, ki ureja organizacijo, material in opremo za prvo pomoč na delovnem mestu;
* zagotavljam izvajanje dobre higienske prakse, ki obsega:
* izpolnjevanje minimalnih tehničnih zahtev,
* vzdrževanje opreme in pribora,
* čiščenje,
* razkuževanje,
* ravnanje z odpadki,
* higieno rok;
* zagotavljam zbiranje in ravnanje z odpadki v skladu s predpisi, ki urejajo ravnanje z odpadki;
* oprema in pribor, ki se uporabljata za opravljanje zdravilske dejavnosti sta tehnično brezhibna, redno vzdrževana in servisirana v skladu z navodili proizvajalca;
* zagotavljam sterilizacijo opreme in pribora, ki pri opravljanju zdravilske dejavnosti prihajata v stik s krvjo ali drugimi telesnimi tekočinami in imam izdelan načrt sterilizacije, ki vsebuje naslednje podatke: kaj se sterilizira, kdaj se izvaja sterilizacija, kdo izvaja sterilizacijo, način sterilizacije, nadzor delovanja sterilizatorja s kemičnimi indikatorji in način vzdrževanja sterilizatorja;
* na površinah za sedenje in ležanje, ki pridejo v neposredni stik s kožo uporabnika, uporabljam pokrivala za enkratno uporabo;
* pri opravljanju zdravilske dejavnosti zagotavljam čiste brisače.

S podpisom jamčim, da je izpolnjevanje pogojev, navedenih v izjavi, resnično, točno in popolno, da s podpisom te izjave prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost, če se izkaže nasprotno, ter da sem v celoti seznanjen/-a z vsebino zakona in pravilnika.

Kraj in datum:

Odgovorna oseba *(navedba osebnega imena in priimka):*

Žig in podpis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_