

## Názov spoločnosti

.....  
Prevádzkovateľ – fyzická / právnická osoba / spoločnosť – sídlo, miesto výkonu

**Prešovský samosprávny kraj**  
**Odbor zdravotníctva**  
Námestie mieru 2  
080 01 Prešov

V ..... dňa .....

### VEC: Oznámenie o neprítomnosti

V súlade s § 79 ods. 1 písm. j/ zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých predpisov **Vám oznamujeme**, že dočasná neprítomnosť

- riadna dovolenka,
- školenie, seminár,
- PN,
- iná neprítomnosť

bude trvať

od ..... do .....

Zastupovanie (poskytovanie zdravotnej starostlivosti) v rozsahu povolenia zabezpečí prevádzkovateľ:

.....  
s miestom výkonu činnosti:  
.....

*MUDr. Meno a priezvisko, v. r.*

.....  
Podpis a pečiatka prevádzkovateľa ZZ