

Ž I A D O S Ť (FO)

o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

podľa § 17 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Zaškrtnite dôvod zmeny

- miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia,
- zmena odborného zamerania,
- zmena druhu činnosti
- zmena odborného zástupcu

FYZICKÁ OSOBA (FO)

Meno a priezvisko, titul (držiteľ povolenia):

Trvalý pobyt:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Štátne občianstvo: IČO:

Registračné číslo (ID) a označenie komory:

Číslo pôvodného povolenia: zo dňa

Kontakt Telefón/Mobil:

E-mail:

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (ZZ)

Ambulantná zdravotná starostlivosť: Všeobecná

Špecializovaná

Ústavná zdravotná starostlivosť:

Odborné zameranie:

Miesto prevádzkovania ZZ (miesto výkonu):

Ďalšie miesto prevádzkovania ZZ (ak je):

Dátum začatia prevádzky ZZ:

Identifikátor zdravotníckeho zariadenia:

V dňa

Podpisom **čestne vyhlasujem**, že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny **sú pravdivé**.

podpis žiadateľa

* Nehodiace sa vyškrtnite!

** **Vyplniť aj druhú stranu žiadosti!**

Žiadosti zasielajte na adresu: Prešovský samosprávny kraj, Námestie mieru č. 2, 080 01 Prešov

**

**Údaje potrebné na účel overenia vlastníckeho práva
k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať**

(§13 ods. 3 písm. b) a § 13 ods. 5 písm. b) zákona NR SR č. 578/2004 Z. z.)

Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia (ZZ)

Údaje z výpisu z Katastra nehnuteľností SR

Názov obce a katastrálneho územia:

Identifikácia vlastníka alebo inej oprávnenej osoby:

Parcelné číslo pozemku registra „C“ evidovaných na katastrálnej mape:

Údaje o parcelách registra „E“ evidovaných na mape určeného operátu:

Súpisné číslo stavby, prípadne číslo bytu:

Číslo listu vlastníctva: