

Ž I A D O S Ť (P O)

o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

podľa § 19, ods. 1, písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

PRÁVNICKÁ OSOBA (PO)

Obchodné meno, sídlo, právna forma, IČO:

Meno a priezvisko osoby, alebo osôb, dátum narodenia, ktorá je **štatutárnym orgánom**, trvalý pobyt:

1.

2.

3.

Číslo pôvodného povolenia: zo dňa

Kontakt Telefón/Mobil:

Email:

ODBORNÝ ZÁSTUPCA

Meno a priezvisko, titul **odborného zástupcu**:

Trvalý pobyt:

Dátum narodenia: Štátne občianstvo:

Registračné číslo (ID) a označenie komory:

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 zrušenie povolenia:

Identifikátor zdravotníckeho zariadenia:

V dňa

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

podpis žiadateľa

*Nehodiace sa vyškrtnite!

Prílohy:

- **Pôvodné povolenie**
- **Potvrdenie UDZS**, či sa voči držiteľovi povolenia vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu 60b) alebo vedie konanie o uložení pokuty?

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