

Žilinský samosprávny kraj
Odbor zdravotníctva
ul. Komenského č. 48
011 09 Žilina

Ž I A D O S Ť

o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, podľa § 13 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Meno, priezvisko, titul:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Štátne občianstvo:Miesto trvalého pobytu:

Miesto prechodného pobytu (ak je miesto trvalého pobytu mimo územia Slovenskej republiky):
.....

IČO (ak bolo pridelené):

Druh zdravotníckeho zariadenia:

Odborné zameranie:

Miesto prevádzkovania:

Deň začatia prevádzky ZZ /predpokladaný/:

Kontakt telefonický, e-mail:

V dňa
.....
podpis žiadateľa

K žiadosti prikleďame overené doklady:

1. Právoplatné rozhodnutie príslušnej komory o vydaní licencie na výkon zdravotníckeho povolania
2. Právoplatné rozhodnutie R ÚVZ
3. Doklad o vlastníctve alebo nájomnú zmluvu
4. Čestné vyhlásenie
5. Ordinačné hodiny
6. Doklad o úhrade správneho poplatku