

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

Ž I A D O S Ť

o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa § 19 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:

Miesto trvalého pobytu:

Druh zdravotníckeho zariadenia:

Odborné zameranie:

Miesto prevádzkovania:

Kontakt telefonický, e-mail:

Povolenie č. zo dňa....., vydané Žilinským samosprávnym krajom, ktoré nadobudlo právoplatnosť dňa....., **žiadam zrušiť dňom**

V dňa.....

.....
podpis žiadateľa