

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.

Právnická osoba (obchodné meno, právna forma, sídlo):

.....

IČO:

Meno a priezvisko, adresa trvalého bydliska osoby, ktorá je štatutárnym orgánom:

.....

.....

Druh zdravotníckeho zariadenia (ambulancia, poliklinika, SVALZ...):

.....

Odborné zameranie:

Meno a priezvisko, titul odborného zástupcu:

Trvalý pobyt:

Dátum narodenia: Štátne občianstvo:

Miesto prevádzkovania ZZ:

Kontakt telefonický, e-mail:

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

V dňa

.....
podpis žiadateľa