

Žilinský samosprávny kraj  
odbor zdravotníctva  
Komenského 48  
011 09 Žilina

V.....dňa.....

**Vec: Žiadosť o schválenie ordinačných hodín**

Žiadateľ (držiteľ povolenia): .....

Kontakt tel./e-mail: .....

Ambulancia v odbore: .....

Miesto prevádzkovania: .....

návrh:

pondelok .....

utorok .....

streda .....

štvrtok .....

piatok .....

.....  
pečiatka a podpis žiadateľa