

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.**

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

.....

Štatutárny orgán – konatelia:

(uviest' meno a priezvisko, trvalý pobyt)

.....

Meno a priezvisko, titul odborného zástupcu:

Trvalý pobyt: Miesto prechodného pobytu:

dátum narodenia:

Štátne občianstvo:

registračné číslo a označenie komory odborného zástupcu

Druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie:

.....

Miesto prevádzkovania ZZ:

Ďalšie miesto výkonu činnosti ZZ:.....

Deň začatia prevádzky ZZ /predpokladaný/:

Kontakt telefonický, e-mail:

V dňa

.....
podpis žiadateľa

K žiadosti prikleďáme overené doklady:

1. Právoplatné rozhodnutie príslušnej komory o vydaní licencie na výkon odborného zástupcu
2. Právoplatné rozhodnutie RÚVZ
3. Doklad o vlastníctve alebo nájomnú zmluvu
4. Pracovnú zmluvu s odborným zástupcom za poskytovanie zdravotnej starostlivosti
5. Čestné vyhlásenie
6. Ordinačné hodiny
7. Doklad o úhrade správneho poplatku

