|  |
| --- |
| **ŽIADOSŤ (FO)** o **zrušenie povolenia** na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, |
| podľa **§ 19, ods. 1, písm. a)** **zákona č. 578/2004 Z. z**. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FYZICKÁ OSOBA (FO)** | | | | | | | |
| Meno a priezvisko, titul (držiteľ povolenia): | | | |  | | | |
| Trvalý pobyt: | |  | | | | | |
| Dátum narodenia: | |  | | Rodné číslo: |  | | |
| Štátne občianstvo: | |  | | IČO: |  | | |
| Registračné číslo (ID) a označenie komory: | | | |  | | | |
| Číslo pôvodného povolenia: | | |  | | | zo dňa |  |
| **Kontakt** | Telefón/Mobil: | |  | | | | |
|  | E-mail: | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (ZZ)** | | | | | |
| **Ambulantná zdravotná starostlivosť:** | | | Všeobecná | |  |
|  | | | Špecializovaná | |  |
| **Ústavná zdravotná starostlivosť:** | |  | | | |
| **Odborné zameranie**: |  | | | | |
| Miesto prevádzkovania ZZ (miesto výkonu): | | | |  | |
| Ďalšie miesto prevádzkovania ZZ (ak je): | | | |  | |
| Dátum zrušenia povolenia: | | | |  | |
| Identifikátor zdravotníckeho zariadenia: | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| V |  | dňa |  |

Podpisom **čestne vyhlasujem**, že **údaje** uvedené v žiadosti a **predložené listiny** **sú pravdivé**.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| podpis žiadateľa |

|  |  |
| --- | --- |
| \*Nehodiace sa vyškrtnite! | |
| **Prílohy:** | * **Pôvodné povolenie** * **Potvrdenie UDZS**, či sa voči držiteľovi povolenia vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu 60b) alebo vedie konanie o uložení pokuty? |
| **Žiadosti zasielajte na adresu**: Prešovský samosprávny kraj, Námestie mieru č. 2, 080 01 Prešov | |