|  |  |
| --- | --- |
| **ŽIADOSŤ (PO)** o **vydanie povolenia** na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, | |
| podľa **§ 17 zákona č. 578/2004 Z. z.** o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov | |
| Zaškrtnite dôvod **zmeny** | * **miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia,** * **zmena odborného zamerania,** * **zmena druhu činnosti** * **zmena odborného zástupcu** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRÁVNICKÁ OSOBA (PO)** | | | | | | |
| Obchodné meno, sídlo, právna forma, IČO: | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| Meno a priezvisko osoby, alebo osôb, dátum narodenia, ktorá je **štatutárnym orgánom**, trvalý pobyt: | | | | | | |
| **1.** |  | | | | | |
| **2.** |  | | | | | |
| Číslo pôvodného povolenia: | | |  | | zo dňa |  |
| **Kontakt** | | Telefón/Mobil: |  | | | |
|  | | Email: |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ODBORNÝ ZÁSTUPCA** | | |  | |
| Meno a priezvisko, titul **odborného zástupcu**: | | |  | |
| Trvalý pobyt: |  | | | |
| Dátum narodenia: |  | | Štátne občianstvo: |  |
| Registračné číslo (ID) a označenie komory: | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 začatia prevádzky ZZ: | | | | | |  | |
| Identifikátor zdravotníckeho zariadenia: | | | | | |  | |
| V |  | | dňa |  | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| podpis žiadateľa |
| \* Nehodiace sa vyškrtnite! | **\*\* Vyplniť aj druhú stranu žiadosti!** | | |
| **Žiadosti zasielajte na adresu**: Prešovský samosprávny kraj, Námestie mieru č. 2, 080 01 Prešov | | | |

\*\*

|  |
| --- |
| **Údaje potrebné na účel overenia vlastníckeho práva**  **k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať** |
| (§13 ods. 3 písm. b) a § 13 ods. 5 písm. b) zákona NR SR č. **578/2004 Z. z.)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia (ZZ)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Údaje z výpisu z Katastra nehnuteľností SR** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Názov obce a katastrálneho územia:** | |  | | | | |
| **Identifikácia vlastníka** alebo inej **oprávnenej osoby:** | | | |  | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Parcelné číslo** pozemku registra „C“ evidovaných na katastrálnej mape: | | | | |  | |
| **Údaje o parcelách registra „E“** evidovaných na mape určeného operátu: | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| **Súpisné číslo stavby**, prípadne číslo bytu: | | |  | | | |
| **Číslo listu vlastníctva:** |  | | | | | |