|  |
| --- |
| **ČESTNÉ VYHLÁSENIE** |
|  |
| podľa **§ 13 ods. 3 písm. d) zákona NR SR č. 578/2004 Z. z.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ja, MUDr. | |  | | | , | | |
| narodená/ý | |  | trvalo bytom: |  | | |
| týmto **čestne vyhlasujem,** že v období dvoch rokov pred podaním žiadosti o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, ambulantnej zdravotnej starostlivosti v | | | | | |
|  | | | | | |
| s miestom výkonu činnosti: | | |  | | |
| som nemal/a zrušené povolenie z dôvodov uvedených v § 19 ods. 1 písm. c) a d) zákona č. 578/2004 Z. z. a to, že som získal/a povolenie na základe nepravdivých údajov a neodstránil/a som nedostatky v lehote určenej v rozhodnutí o dočasnom pozastavení povolenia. | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Meno a priezvisko, podpis žiadateľa |

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