

Trenčiansky samosprávny kraj
oddelenie zdravotníctva a humánnej farmácie
K dolnej stanici 7282/20A
Trenčín 910 01

Vec: **Žiadosť o zmenu v povolení na prevádzkovanie zdrav. zariadenia - právnická osoba**

Obchodné meno spoločnosti, sídlo :

IČO:

Štatutárny orgán – konatelia:

.....
(*uviesť meno a priezvisko všetkých konateľov, trvalé bydliská*)

Zmluvný vzťah k poisťovňam * *nie (priame platby)* *áno (s ktorými zdrav. poisťovňami)*

Tel. kontakt/mobil:

E – mail:

týmto žiadam o zmenu v povolení Trenčianskeho samosprávneho kraja
číslo zo dňa

1. zmena miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia

pôvodné:

nové:

Tel. kontakt do zdravotníckeho zariadenia:

2. rozšírenie o ďalšie miesto prevádzkovania

uviesť nové miesto prevádzkovania:

Tel. kontakt do zdravotníckeho zariadenia:

3. zmena odborného zamerania (uviesť pôvodný a nový špecializačný odbor)

.....

4. zmena alebo rozšírenie o nový druh činnosti (uviesť pôvodný a nový druh činnosti napr. z ambulancie na polikliniku)

.....
.....

5. zmena odborného zástupcu (nový odborný zástupca)

Nový odborný zástupca:

Meno a priezvisko:

Miesto trvalého/prechodného pobytu:

.....

Dátum narodenia: **Štátne občianstvo :**

Názov stavovskej organizácie odborného zástupcu:

Registračné číslo komory odborného zástupcu:

Tel. č. (odborný zástupca):.....

V dňa

.....
Podpis žiadateľa