

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 - fyzická osoba

Meno a priezvisko žiadateľa:

Adresa:

Dátum narodenia: Štátne občianstvo:

Názov stavovskej organizácie:

Registračné číslo komory:

IČO:

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

.....

Tel. kontakt žiadateľa:

E – mail:

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

1. zmena miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia

pôvodné:

nové:

2. rozšírenie o ďalšie miesto prevádzkovania

uviesť nové miesto prevádzkovania:

.....

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

.....

4. úprava odborného zamerania

.....

.....

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

.....

.....

V dňa

.....

Podpis žiadateľa