

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

Vec : **Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho 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:** .....

**E – mail:** .....

**týmto žiadam o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia na nasledovný druh zdravotníckeho zariadenia:** *(uviesť konkrétny druh - ambulancia, zariadenie na poskytovanie jednodňovej starostlivosti, zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a podobne)*

**a jeho odborné zameranie:** *(uviesť údaj o špecializačnom odbore, v ktorom sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať)*

**Miesto prevádzkovania ZZ:** .....

**Dátum začatia prevádzkovania ZZ:** .....

**Tel. kontakt ZZ:** .....

Uviesť prípadne aj iné údaje a dôvody týkajúce sa prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, resp. rozsahu činnosti.

V ..... dňa .....

Podpis žiadateľa

K žiadosti prikleďáme overené doklady:

1. Právoplatné rozhodnutie SLK, SKZL prípadne inej komory o vydaní licencie
2. Právoplatné rozhodnutie RÚVZ
3. Údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať, ak žiadateľ je ich vlastníkom (identifikácia vlastníka, číslo listu vlastníctva, súpisné číslo stavby, parcelné číslo pozemku registra „C“ alebo registra „E“, tento doklad nemusí byť overený) alebo zmluvu o nájme priestorov, zmluvu o podnájme priestorov alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ o povolenie nie je ich vlastníkom.
4. Čestné vyhlásenie

\* označte vyhovujúce