

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 prikladáme 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“) alebo zmluvu o nájme priestorov, zmluvu o podnájme priestorov alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ o povolenie nie je ich vlastníkom. **(nemusi byť overené)**
4. Čestné vyhlásenie

* označte vyhovujúce