

**Meno, priezvisko, bydlisko FO**

---

### **Č E S T N É V Y H L Á S E N I E**

Čestne vyhlasujem, že v období dvoch rokov pred podaním žiadosti som nemal/nemala zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c) a d) zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, a to:

- že som nezískal/nezískala povolenie na základe nepravdivých údajov,
- nebolo mi zrušené povolenie na základe neodstránenia nedostatkov v lehote určenej v rozhodnutí o dočasnom pozastavení povolenia.

v ..... dňa .....

.....

(podpis FO)