

Meno, priezvisko, bydlisko (FO)

Č E S T N É V Y H L Á S E N I E

Týmto čestne vyhlasujem, že sa nezmenili ostatné údaje, na základe ktorých mi bolo vydané pôvodné povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydané pôvodné povolenie rozhodnutím Trenčianskeho samosprávneho kraja na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (/ambulancia, ADOS, všeobecná nemocnica, zariadenie jedn. zdrav. star.) v mieste prevádzkovania

.....
.....

V dňa

.....

Podpis FO