

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

Vec: **Žiadosť o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdrav. zariadenia – právnická osoba**

Obchodné meno spoločnosti :

Sídlo: **IČO:**

Štatutárny orgán – konatelia:

.....
(uviesť meno a priezvisko všetkých konateľov, trvalé bydliská)

Tel. kontakt/mobil: **E- mail:**

týmto žiadame o zrušenie povolenia Trenčianskeho samosprávneho kraja na prevádzkovanie
zdravotníckeho zariadenia číslo zo dňa.....
ku dňu

V poskytovaní všeobecnej/špecializovanej * ambulantnej zdravotnej starostlivosti pacientom
bude pokračovať

(poskytovateľ zdravotnej starostlivosti - meno FO alebo názov a sídlo PO)

s miestom prevádzkovania

V..... dňa

Podpis konateľa alebo konateľov
(tak ako je uvedené vo výpise z Obchodného registra)

* Nevyhovujúce prečiarknite