

Krajskému úřadu Olomouckého kraje
odboru zdravotnictví
Jeremenkova 1191/40a, Olomouc, PSČ 779 00

Žádost

o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb /
o zrušení registrace podle dosavadního zákona o zdravotní péči v nestátních zdravot. zařízeních
(nehodící se škrtněte)

POSKYTOVATEL - FYZICKÁ OSOBA

jméno: příjmení: titul:

IČO: datum narození:

nebo

POSKYTOVATEL - PRÁVNICKÁ OSOBA

název:

IČO: zastoupena:

ADRESA TRVALÉHO POBYTU (fyzické osoby) nebo ADRESA SÍDLA (právníkové osoby):

ulice: č.p./ č.o.

obec: PSČ:

NAVRHOVANÝ DEN ZRUŠENÍ:

Smlouvy má poskytovatel uzavřeny s těmito ZP (označte): nemám smluvní vztah

111 VZP 201 VoZP 205 ČPZP 207 OZP 209 ZP Škoda 211 ZPMV 213 RBPZP

Prohlašuji, že mám plnou svéprávnost

Datum: Podpis za poskytovatele:

Pro urychlení komunikace je možné sdělit

e-mail telefonní číslo

Správní poplatek - částka: variabilní symbol: uhrazeno dne:
(doplň krajský úřad)