**Žiadosť o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia**.

Úrad Bratislavského samosprávneho kraja

odbor zdravotníctva

Sabinovská 16

820 05 Bratislava 25

**Obchodné meno:**

**Sídlo:**

**Právna forma:**

**IČO:**

**Meno, priezvisko a miesto trvalého pobytu osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom:**

**Telefonický kontakt, e-mail (nezverejní sa, pre potreby BSK):**

**Povolenie č. ……………………….zo dňa……………….., ktoré nadobudlo**

**právoplatnosť dňa………………….., žiadam zrušiť dňom ………………………..**

**V ............................ dňa.......................... ................................**

***podpis oprávnenej osoby***

***Dôležité:***

Žiadosť o zrušenie povolenia je držiteľ povolenia povinný podať **najmenej dva mesiace pred dňom**, od ktorého žiada povolenie zrušiť podľa § 19 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Podľa § 23 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov je poskytovateľ po zrušení povolenia povinný bezodkladne dohodnúť postup pri odovzdaní zdravotnej dokumentácie s lekárom samosprávneho kraja a umožniť mu prevzatie zdravotnej dokumentácie do úschovy. Do doby odovzdania zdravotnej dokumentácie je poskytovateľ povinný ochraňovať zdravotnú dokumentáciu tak, aby nedošlo k jej poškodeniu, strate, zničeniu alebo k jej zneužitiu.