**Žiadosť o dočasné pozastavenie 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:**

**Telefonický kontakt, e-mail na poskytovateľa ZS, ak je iný ako kontakt pre vybavenie tejto žiadosti (nezverejní sa, pre potreby BSK pri prevádzkovaní zdrav. zariadenia):**

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

**právoplatnosť dňa………………….., žiadam dočasne pozastaviť dňom**

**………………………. .**

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

***podpis oprávnenej osoby***

Dôležité:

Povolenie je možné pozastaviť **najskôr dňom nadobudnutia právoplatnosti** rozhodnutia o pozastavení.

Podľa § 18 ods. 3 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. orgán príslušný na vydanie povolenia môže dočasne pozastaviť povolenie na základe žiadosti držiteľa povolenia **najviac na jeden rok**.

Podľa § 23 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. je poskytovateľ povinný bezodkladne umožniť prevzatie zdravotnej dokumentácie do úschovy lekárovi príslušného samosprávneho kraja. Do doby odovzdania zdravotnej dokumentácie je poskytovateľ povinný ochraňovať zdravotnú dokumentáciu tak, aby nedošlo k jej poškodeniu, strate, zničeniu alebo k jej zneužitiu.