**Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa § 17 (z dôvodu zmeny) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.**

Úrad Bratislavského samosprávneho kraja

odbor zdravotníctva

Sabinovská 16

820 05 Bratislava 25

**Označte požadovanú zmenu:**

Zmena miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, rozšírenie povolenia o ďalšie miesto prevádzkovania, zrušenie niektorého z miest prevádzkovania

Zmena odborného zamerania - rozšírenie povolenia o ďalšie odborné zameranie, zrušenie niektorého z odborných zameraní

**Popis zmeny vlastnými slovami:**

**Meno a priezvisko:**

**Dátum narodenia:**

**Rodné číslo:**

**Údaj o štátnom občianstve:**

**IČO:**

**Registračné číslo, označenie komory:**

**Miesto trvalého pobytu, ak je miesto trvalého pobytu mimo územia SR, aj miesto prechodného pobytu na území SR:**

**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):**

**Druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie**:

(v prípade zrušenia niektorého z odborných zameraní uviesť aj to, ktoré sa ruší):

**Miesto prevádzkovania** (ulica, číslo, mestská časť, PSČ; v prípade zmeny miesta prevádzkovania uviesť nové miesto):

-------------------------------

Podpis

V dňa