**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 zástupcu; Zmena odborného zamerania - rozšírenie povolenia o ďalšie odborné zameranie, zrušenie niektorého z odborných zameraní (podčiarknite alebo zakrúžkujte)

**Popis zmeny vlastnými slovami:**

**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):**

**Údaje o odbornom zástupcovi** (v prípade zmeny odb. zástupcu uviesť údaje nového)**:**

Meno, priezvisko:

Dátum narodenia:

Údaj o štátnom občianstve:

Registračné číslo z komory, označenie komory odborného zástupcu:

Miesto trvalého pobytu:

Miesto prechodného pobytu (ak je trvalý pobyt mimo územia SR):

**Druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie** (ambulancia, zariadenie na poskytovanie jednodňovej ZS, stacionár, poliklinika, ADOS, zariadenie SVaLZ, všeobecná nemocnica, liečebňa, hospic, DOS, mobilný hospic):

**Miesto prevádzkovania** (ulica, číslo, mestská časť, PSČ)

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

Podpis

V dňa