

.....

Meno, priezvisko, adresa žiadateľa

MESTSKÝ ÚRAD

Nám. osloboditeľov 30

071 01 Michalovce

VEC: Žiadosť o zrušenie neštátneho zdravotníckeho zariadenia

Týmto žiadam o zrušenie neštátneho zdravotníckeho zariadenia

Ambulancia :.....

Číslo tel.:

Miesto výkonu činnosti (ulica):.....

Objekt vo vlastníctve :.....

IČO :.....

zrušenie prevádzky ku dňu :

Michalovce, dňa:

.....
podpis

Príloha:

- *Doklad o zriadení NZZ vydaný MsÚ*