

.....
Meno, priezvisko (názov), adresa žiadateľa

MESTSKÝ ÚRAD

Nám. osloboditeľov 30

071 01 Michalovce

VEC: Žiadosť o začatie činnosti neštátneho zdravotníckeho zariadenia

Týmto žiadam o stanovisko k začatiu činnosti neštátneho zdravotníckeho zariadenia:

Ambulancia:

Miesto prevádzkovania ZZ (adresa):

V zdravotníckom povolaní:

Objekt vo vlastníctve:

Telefón, mobil, fax, email:

Pracovná doba : *pondelok - piatok* od:hod. do:hod.

Ordinačné hodiny: *pondelok - piatok* od:hod. do:hod.

Obedňajšia prestávka : *pondelok - piatok* od:hod. do:hod.

Michalovce, dňa:

.....
podpis

Príloha:

1. Doklad o vlastníctve (alebo nájomnú zmluvu)
2. Doklad o likvidácii biol. odpadu
3. Rozhodnutie Košického samos.kraja , alebo rozhodnutie Region.úradu verej. zdrav.