

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

**Mesto Michalovce**  
**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 povolání: .....

Objekt vo vlastníctve: .....

Telefón, mobil, fax, email: .....

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

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

Michalovce, dňa: .....

.....  
podpis (pečiatka)

**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.

Súčasne dávam súhlas so spracovaním osobných údajov na tento účel v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

Michalovce, dňa: .....

.....  
podpis (pečiatka)