

.....
Meno, priezvisko, adresa žiadateľa

Mesto Michalovce
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 (pečiatka)

Príloha:

- Doklad o zriadení NZZ vydaný MsÚ

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)