**Žádost o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení**

|  |
| --- |
| **Fyzická osoba\*** |
| Jméno, příjmení, datum narození: |
| Trvalý pobyt: |
| Adresa pro doručování (je-li odlišná od místa trvalého pobytu): |
| Zastoupena: |
| **Poznámka: Je nutno doložit písemnou plnou moc s vymezeným rozsahem zastupování** |

|  |
| --- |
| **Fyzická osoba podnikající\*** |
| Jméno, příjmení, datum narození: |
| Podnikající pod obchodním jménem: |
| Identifikační číslo: |
| Adresa místa podnikání: |
| Adresa pro doručování (je-li odlišná od místa podnikání): |
| Zastoupena: |
| **Poznámka: Je nutno doložit písemnou plnou moc s vymezeným rozsahem zastupování** |

|  |
| --- |
| **Právnická osoba**\* |
| Název: |
| Identifikační číslo: |
| Adresa sídla: |
| Adresa pro doručování (je-li odlišná od sídla): |
| Zastoupena: |
| **Poznámka: Je nutno doložit písemnou plnou moc s vymezeným rozsahem zastupování** |

|  |
| --- |
| **Žádá o schválení návrhu Provozního řádu** |
| Název provozního řádu: |
| Adresa místa: |
| Obor zdravotní péče: |

**Příloha:** ano\* – ne \*

**V ..........................................dne …………………….**

...........................................….. ………..…………………………….

Za KHS ZK žádost převzal/a/\* žadatel

/podpis, event. razítko, kontaktní tel./