**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./