**Žádost o schválení dodatku pro nakládání s odpady**

**ze zdravotnictví k provoznímu řádu**

|  |
| --- |
| **Fyzická osoba\***  |
| Jméno, příjmení, datum narození:  |
| Trvalý pobyt:  |

|  |
| --- |
| **Fyzická osoba podnikající\*** |
| Jméno, příjmení, datum narození:  |
| Podnikající pod obchodním jménem:  |
| Identifikační číslo:  |
| Adresa sídla:  |

|  |
| --- |
| **Právnická osoba**\* |
| Název:  |
| Identifikační číslo: |
| Adresa sídla:  |

*V případě zastupování je nutno v příloze doložit písemnou plnou moc s vymezeným rozsahem zastupování*

**žádá o schválení dodatku pro nakládání s odpady ze zdravotnictví k provoznímu řádu schválenému KHS ZK dne …………………… pod. č.j.: …………………………**

|  |
| --- |
| Název pracoviště:  |
| Adresa pracoviště:  |
| Obor zdravotní péče: |

**Způsob doručení rozhodnutí:**

 osobní převzetí, tel.:

 poštovní doručení (pouze osoby bez datové schránky)

 datovou schránkou

**Příloha:** ano\*\* – ne \*\*

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

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

Za KHS ZK žádost převzal/a/\* žadatel

 /podpis, event. razítko, kontaktní tel./