**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./