

**Príloha FO 2**

Košický samosprávny kraj  
Oddelenie zdravotníctva  
Nám. maratónu mieru 1  
042 66 Košice

**Vec: Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdrav. zariadenia z dôvodu zmeny  
– fyzická osoba (§ 17 zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov)**

Podpísaná(á)titul..... meno a priezvisko.....  
narodený(á) ..... rodné číslo .....  
identifikátor zdravotníckeho zariadenia .....  
trvale bytom .....  
štátne občianstvo.....IČO: .....  
Pôvodné povolenie č. .... v odbore: .....  
registračné číslo a označenie komory .....

**týmto žiada**

**o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdrav. zariadenia z dôvodu zmeny:**

a) miesta prevádzkovania:

pôvodné .....  
požadovaná zmena .....

b) odborného zamerania:

pôvodné .....  
požadovaná zmena .....

\*zakrúžkovať požadovanú zmenu

.....  
podpis

Telefonický kontakt: .....  
Email: .....  
V ..... dňa .....

**Prílohy k žiadosti** (uvedené na nasledujúcej strane)

K žiadosti o vydanie povolenia prikladám nasledovné doklady **v úradne overenej fotokópii:**

k bodu a)

1. Údaje podľa osobitného predpisu potrebné na účel overenia vlastníckeho práva k priestorom, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať, alebo zmluvu o nájme, zmluvu o podnájme alebo zmluvu o výpožičke priestorov, ak žiadateľ nie je ich vlastníkom
2. Rozhodnutie príslušného úradu verejného zdravotníctva (hygiena) na uvedenie priestorov do prevádzky

k bodu b)

1. Právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon zdravotníckeho povolania

k bodu a) a b)

1. Čestné vyhlásenie, že sa nezmenili ostatné údaje, na ktorých základe sa vydalo pôvodné povolenie