

Príloha FO 4, PO 4

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

**Vec: Žiadosť o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia -
(fyzická aj právnická osoba)**

Žiadateľ (držiteľ povolenia):
.....

**týmto žiada
o zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia**

č.
miesto prevádzkovania a odbor
.....
z dôvodu.....
ku dňu
identifikátor zdravotníckeho zariadenia

.....
podpis

Telefonický kontakt:
Email:
V dňa