

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) v zmysle § 19 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z.z.
v znení neskorších predpisov**

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