

**Oznámenie**  
**o začatí prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia**

Držiteľ povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ( názov poskytovateľa ) :

.....  
.....

Identifikátor zdravotníckeho zariadenia:.....

Druh zdravotníckeho zariadenia (napr. ambulancia, stacionár) .....

Miesto prevádzkovania ZZ.....

.....

Odbor.....

Dátum začatia prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia .....

Zároveň **čestne vyhlasujeme**, že zdravotnícke zariadenie spĺňa zákonné požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie v zmysle Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

V .....dňa .....

.....  
podpis

Príloha:  
Pracovné zmluvy zdravotníckych pracovníkov