

Krajský úřad Olomouckého kraje, odbor zdravotnictví
Jeremenkova 1191/40a, Olomouc, PSČ 779 00
www.olkraj.cz

Žádost o odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb
podle zákona č. 372/2011 Sb.

POSKYTOVATEL - FYZICKÁ OSOBA

Jméno: Příjmení: Titul:

IČO: Datum narození:

nebo

POSKYTOVATEL - PRÁVNICKÁ OSOBA

Název:

IČO:

Adresa trvalého pobytu fyzické osoby / sídla právnické osoby:

Ulice č.p./ č.o.

Obec: PSČ:

Telefon: e-mail:

NAVRHOVANÝ DEN ODEJMUTÍ OPRAVNĚNÍ:

Smlouvy mám uzavřeny s těmito ZP (označte):

111 VZP, 201 VoZP, 205 ČPZP, 207 OZP, 209 ZP Škoda, 211 ZPMV, 213 RBPZP

nemám smluvní vztah

Prohlašuji, že mám plnou svéprávnost a uváděné údaje jsou pravdivé.

Datum: Podpis za poskytovatele:

Správní poplatek:

variabilní symbol:

uhrazeno dne: