

**Změna registrace podle dosavadního zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních podle § 121 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: .....

**ZMĚNA SE TÝKÁ:**

oboru péče – formy péče – místa poskytování – odborného zástupce - statutárního zástupce – trvalého pobytu - sídla – příjmení - názvu – jiné skutečnosti

*zakroužkujte a dále uveďte **původní údaj a nový údaj**;*

*u odborného a statutárního zástupce uveďte i datum narození a trvalý pobyt;*

*v případě změny více skutečností uveďte případně údaje na další list*

.....

.....

**ZMĚNA ODE DNE: .....**

Smlouvy mám uzavřeny s těmito ZP (označte):  nemám smluvní vztah

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

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

*Datum: ..... Podpis za poskytovatele: .....*

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

*Datum: ..... Podpis odborného zástupce: .....*