

Dodatek žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb – **osoby**

žadatel: **IČO:**

odborný zástupce / statutární orgán *(nebo osoba jednající jménem PO před jejím vznikem)*

jméno: příjmení: titul:

státní občanství: rodné příjmení:

datum narození: místo narození:

adresa trvalého pobytu:

*(v případě osoby bez trvalého pobytu na území ČR - adresa bydliště mimo území ČR
a popřípadě adresa místa hlášeného pobytu na území ČR)*

odborný zástupce / statutární orgán *(nebo osoba jednající jménem PO před jejím vznikem)*

jméno: příjmení: titul:

státní občanství: rodné příjmení:

datum narození: místo narození:

adresa trvalého pobytu:

*(v případě osoby bez trvalého pobytu na území ČR - adresa bydliště mimo území ČR
a popřípadě adresa místa hlášeného pobytu na území ČR)*

odborný zástupce / statutární orgán *(nebo osoba jednající jménem PO před jejím vznikem)*

jméno: příjmení: titul:

státní občanství: rodné příjmení:

datum narození: místo narození:

adresa trvalého pobytu:

*(v případě osoby bez trvalého pobytu na území ČR - adresa bydliště mimo území ČR
a popřípadě adresa místa hlášeného pobytu na území ČR)*

odborný zástupce / statutární orgán *(nebo osoba jednající jménem PO před jejím vznikem)*

jméno: příjmení: titul:

státní občanství: rodné příjmení:

datum narození: místo narození:

adresa trvalého pobytu:

*(v případě osoby bez trvalého pobytu na území ČR - adresa bydliště mimo území ČR
a popřípadě adresa místa hlášeného pobytu na území ČR)*