

Žádost o zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení

(fyzická osoba)

podle § 13 odst. 1 písm. b/ zákona č. 160/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Podle § 13 odst. 1 písm. b/ zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, ž á d á m o zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení (dále jen NZZ) registrovaného rozhodnutím o registraci NZZ vydaným okresním/krajským úřadem dnepod č.j.: ve znění pozdějších změn, jehož provozovatelem je:

Jméno a příjmení provozovatele:

Titul: **Rodné číslo:**.....

Trvalý pobyt:

Místo

Ulice

Číslo

Okres

Pošta

PSČ

Druh a rozsah poskytované zdravotní péče:

.....
(obor dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů, v platném znění, nebo vyhl. č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění)

Místo provozování:

Místo

Ulice

Číslo

Okres

Pošta

PSČ

Vztah: (nehodící se škrtněte) a) vlastnický
b) nájemní

Datum ukončení provozování:

Zdravotní pojišťovny ČR: zaškrtněte smluvní zdravotní pojišťovny

- Všeobecná zdravotní pojišťovna
- Vojenská zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- Revírní bratrská pokladna
- Zdravotní pojišťovna Média

KRAJSKÝ ÚŘAD KRAJE VYSOČINA, Odbor zdravotnictví, Žižkova 57, 587 33 Jihlava
- (pracoviště Věžní 26, Jihlava)

tel.: 564 602 820, fax: 564 602 435, e-mail: posta@kr-vysocina.cz, internet: www.kr-vysocina.cz

IČ: 70890749, bankovní spojení: Volksbank a.s., č.ú.: 4050005000/6800

Telefon – pevná linka.....mobilní telefon:.....

e-mail:

Místně příslušný finanční úřad:

Výše poplatku za vydání rozhodnutí o zrušení registrace NZZ je **150,- Kč**.

Správní poplatek za vydání rozhodnutí o zrušení registrace NZZ uhradte na účet číslo:
4050005019/6800, VS 4501100000, SS 50001311.

V dne

.....
jméno, příjmení (hůlkovým písmem)

podpis (razítko) provozovatele