Žádost o zrušení registrace nestátního zdravotnického zařízení

(fyzická osoba)

na základě § 13) zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

Jméno a příjmení provozovatele: ……..……..

Titul: ……

Rodné číslo: ……

Trvalý pobyt: ……

Místo Ulice Číslo

……

Okres Pošta PSČ

Druh a rozsah poskytované zdravotní péče:

……

……

Místo provozování: ……..

Místo Ulice Číslo

……..

Okres Pošta PSČ

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

Datum ukončení provozování: ……..……..

Výše poplatku za vydání rozhodnutí o zrušení registrace NZZ je **150,- Kč.**
Správní poplatek za vydání rozhodnutí o zrušení registrace NZZ uhraďte na účet číslo: **4050005019/6800, VS 4501100000, SS 50001311**.

Dne: **Podpis:**

KRAJSKÝ ÚŘAD KRAJE VYSOČINA, Odbor zdravotnictví, Žižkova 57, 587 33 Jihlava
- (pracoviště Věžní 26, Jihlava)
tel.: 564 602 450, 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