

Ž Á D O S T
o vydání „Označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče“
(č. O5b)

Žadatel:

Jméno, příjmení, titul / název společnosti:

.....

č. OP: Datum narození: IČO:.....

Adresa místa trvalého pobytu/sídla společnosti:

.....

.....Telefon:.....

A. Je-li žadatelem fyzická osoba, k žádosti dále dokládá:

- Doklad totožnosti
- Rozhodnutí o udělení povolení k poskytování domácí zdravotní péče dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, vydané krajským úřadem
- Adresu místa kontaktního pracoviště

B. Je-li žadatelem právnická osoba, k žádosti dále dokládá:

- Výpis z obchodního rejstříku
- Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování domácí zdravotní péče dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, vydané krajským úřadem
- seznam zaměstnanců, na které bude žádat označení č. O 5b, včetně potvrzení o tom, že to jsou její zaměstnanci
- adresu místa kontaktního pracoviště

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

V Příbrami dne

.....

podpis žadatele