**ŽÁDOST dle § 45 správního řádu**

KHS kraje Vysočina se sídlem v Jihlavě, Tolstého 1914/15, 586 01 Jihlava

**Žadatel – fyzická osoba podnikající** \*

|  |
| --- |
| Jméno, příjmení, datum narození:  Adresa trvalého pobytu:  IČO:  Tel. kontakt:  E-mail:  ID datové schránky:  Žadatel zastoupen (jméno a příjmení):  *pozn. zastoupení doložit písemnou plnou mocí* |

**Žadatel – právnická osoba** \*

|  |
| --- |
| Název podnikatelského subjektu:  Adresa sídla včetně PSČ:  IČO:  Tel. kontakt:  E-mail:  ID datové schránky:  Žadatel zastoupen (jméno a příjmení):  *pozn. zastoupení doložit písemnou plnou mocí* |

*\* nehodící se škrtněte*

**Název a popis věci, včetně základních údajů, typu a adresy:**

|  |
| --- |
| **Žádost o schválení změny/o schválení přiloženého provozního řádu ze dne** ………………………….  **Označení a adresa místa poskytování zdravotních služeb** ………………………………………………….…….  ……………………………………………………………………………………………….………………………………………………….  *pozn. v případě zdravotnické dopravní služby, zdravotnické záchranné služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče podejte žádost pro jednotlivá pracoviště samostatně,*  **Obor/y zdravotní** **péče** *(dle vyhl. č.185/2009 Sb., zákona č.96/2004 Sb., vyhl. č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.)* …………………………………………………………  Forma/y zdravotní péče: ……………….………………………………………………….....  Druh/y zdravotní péče: ……………….………………………………………………………  Příp. název zdravotní služby: ………………………………………………………………... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  |  | Čitelný podpis: |  |  |