

Povinná osoba

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Žellova 2, 829 24 Bratislava

Identifikácia žiadateľa

Fyzická osoba
Právnická osoba

Fyzická osoba

Meno

Priezvisko

Právnická osoba

Obchodné meno / Názov

Adresa pobytu / sídlo žiadateľa

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Štát

Požadovaný spôsob sprístupnenia informácií

Ktorých informácií sa žiadosť týka

V

Dňa

_____ podpis žiadateľa