

Príslušná pobočka na vybavenie žiadosti

#### Identifikácia žiadateľa

Obchodné meno/Názov	IČO
	Právna forma

#### Adresa sídla žiadateľa

Ulica	Číslo
PSČ	Obec
Štát	

#### Informácie o osobe, ktorá je štatutárnym orgánom

Titul pred menom	Titul za menom	
Meno	Priezvisko	
Ulica	Číslo	
PSČ	Obec	
Štát	Rodné číslo	Dátum narodenia

#### Poskytovateľ sociálnej služby

Právnická osoba - Obchodné meno/Názov	Adresa sídla
Fyzická osoba - Meno a priezvisko	Číslo zriaďovacej listiny (ak bola vydaná)

#### Adresa výkonu odbornej činnosti (Ak má poskytovateľ viac miest výkonu odbornej činnosti, tak sa nasledujúce údaje uvedú samostatne pre každé miesto odbornej činnosti)

Ulica	Číslo
PSČ	Obec
Štát	

**Identifikácia kvalifikovanej osoby zodpovednej za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti** ^

Titul pred menom

Titul za menom

Meno

Priezvisko

Dátum narodenia

Registračné číslo z komory

Komora, v ktorej je osoba zaregistrovaná

**Bezbariérový prístup pre osoby so zdravotným postihnutím** ^

Neuvádza sa pri záchranej zdravotnej službe

Áno

Nie

**Požadované prílohy k žiadosti:** ^

- a) originál alebo úradne osvedčené splnomocnenie v prípade zastupovania  
b) úradne osvedčené kópie dokladov, preukazujúcich odbornú spôsobilosť kvalifikovanej osoby zodpovednej za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v prípade, ak kvalifikovaná osoba nemá pridelený kód zdravotníckeho pracovníka

V

Dňa

\_\_\_\_\_ podpis žiadateľa