

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

## Žiadosť o vydanie duplikátu dekrétu

### "Pridelenie kódu poskytovateľa"

Prislušná pobočka na vybavenie žiadosti

#### Identifikácia žiadateľa

Obchodné meno/Názov

IČO

Telefón

Meno a priezvisko osoby, ktorá je štatutárnym orgánom žiadateľa

E-mail

#### Adresa sídla žiadateľa

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Štát

Žiadam o vydanie duplikátu dekrétu "Pridelenie kódu poskytovateľa" pre nasledovné kódy:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

V

Dňa

\_\_\_\_\_ **podpis žiadateľa**