

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

## Nahlásenie zmien ku kódu poskytovateľa

Príslušná 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

### Informácie o osobe, ktorá je štatutárnym orgánom

Titul pred menom

Titul za menom

Meno

Priezvisko

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Štát

Rodné číslo

Dátum narodenia

Žiadam o:

V

Dňa

\_\_\_\_\_ podpis žiadateľa