

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Nahlásenie zmien k číselnému kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

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:

* Uvedené kontaktné údaje sú spracúvané na vopred vymedzený účel v rámci spätného kontaktovania a vybavenia predmetnej žiadosti, ako aj doplnenia chýbajúcich informácií v žiadosti a odstránenie jej nedostatkov v súlade s nariadením GDPR na základe oprávneného záujmu v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. f).

Ako dotknutá osoba máte právo kedykoľvek namietať z dôvodov týkajúcich sa konkrétnej situácie proti spracúvaniu Vašich osobných údajov, ak je spracúvanie nevyhnutné na účely oprávnených záujmov, ktoré sledujeme ako prevádzkovateľ.

Bližšie informácie nájdete na www.udzs-sk.sk v časti Zásady ochrany osobných údajov alebo v tlačenej podobe v priestoroch ÚDZS a jeho pobočkách.

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť, úplnosť a pravdivosť poskytnutých údajov.

V

Dňa

podpis žiadateľa

V prípade, že žiadosť bude odoslaná prostredníctvom Ústredného portálu verejnej správy, nie je potrebné elektronické podpísanie predmetnej žiadosti.