



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Žiadosť o pozastavenie/zrušenie platnosti číselného kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Príslušná pobočka na vybavenie žiadosti

Identifikácia žiadateľa

Obchodné meno/Názov organizácie

IČO

Telefón*

Meno a priezvisko osoby, ktorá je štatutárnym orgánom žiadateľa

E-mail*

Orgán príslušný na zrušenie/pozastavenie povolenia, licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo živnostenského oprávnenia

Názov orgánu

Číslo rozhodnutia

Na základe rozhodnutia príslušného orgánu žiadam o:

- zrušenie platnosti kódu poskytovateľa od: do:
- pozastavenie platnosti kódu poskytovateľa

Kódy poskytovateľa, ktorých sa žiadosť týka:

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

* 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 namietat' 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.