



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Žiadosť o vydanie duplikátu dekrétu "Pridelenie číselného kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti"

Prislušná pobočka na vybavenie žiadosti

Identifikácia žiadateľa

Obchodné meno/Názov organizácie

IČO

Meno a priezvisko osoby, ktorá je štatutárnym orgánom žiadateľa

Telefónne číslo*

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.

* 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.

Vydanie duplikátu je spoplatnené na základe aktuálne platnej smernice úradu.

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.