Krajská hygienická stanice Karlovarského kraje

se sídlem v Karlových Varech

Závodní 94, 361 20 Karlovy Vary

Ž**ádost na zahájení řízení o schválení změny provozního řádu**

Na základě příslušného ustanovení zákona číslo 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů jsem povinen (jsme povinni) jako osoba poskytující péči vypracovat změnu provozního řádu níže uvedeného zdravotnického zařízení. Změnu provozního řádu zpracovanou dne ……………………..., předkládám ke schválení Krajské hygienické stanici Karlovarského kraje se sídlem v Karlových Varech.

**Poskytovatel zdravotních služeb (údaje o žadateli):**

*Fyzická osoba*:

Jméno, příjmení, titul: ..................…………………………..................................................................................................

Adresa místa trvalého pobytu:

Obec: ……...................................................................... část obce: …………………….………………………………………………….

Ulice: ………………....................................č.p./č.o.: ..............……… PSČ: ...................... Stát: …………………………………….

Datum narození: …………………………………

Telefon\*): ........……………..…...……… e-mail\*): ……………………………………………….….......................................................

IČO *(bylo-li přiděleno):* .........................................

**Rozhodnutí o schválení návrhu provozního řádu bylo vydáno pod č. j.: ………………………………………….……….……… dne ………………**

**Změna se týká:**

**Adresa pro doručování písemností:** *(neuvádějte, pokud se shoduje s poskytovatelem zdravotních služeb)*

Obec: ……...................................................................... část obce: ………………………………………………………………………

Ulice: ………………........................................................... č.p./č.o.: .......................……… PSČ: ....................................

**Adresa místa poskytování zdravotních služeb (v případě zdravotnické dopravní služby nebo přepravy pacientů neodkladné péče uveďte místa jednotlivých pracovišť, v případě poskytování domácí péče uveďte místa kontaktních pracovišť):**

Název zdravotnického zařízení: .…………………………………………………………………………..………………………………………………

Obec: ……................................................................... část obce: …………………………………………………………………….……

Ulice: ………………......................................................... č.p./č.o.: .........................…… PSČ: ........................................

Telefon: ……………………………….…

Příloha: změna provozního řádu ………………………………….

V ……………………………….……... dne …………………………………

……………………………………….........

 jméno, příjmení, titul žadatele

 (vypište hůlkovým písmem)

……………………………………….........................................

 podpis žadatele či oprávněné osoby

*\*) nepovinné údaje*