

Čestné vyhlásenie poskytovateľa - Vzor

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

[Kod_PZS]/[Dxx]

Čestné vyhlásenie poskytovateľa

Obchodné meno:

Zastúpenie:

IČO:

Adresa sídla:

Telefón/mobil:

Hore uvedený subjekt sa zaväzuje najneskôr do dvoch mesiacov* od podania žiadosti o pridelenie kódu poskytovateľa predložiť príslušnej pobočke Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou overenú kópiu aktuálneho výpisu z obchodného registra so zapísaným predmetom podnikania.

V dňa

podpis a pečiatka žiadateľa

*V prípade, že si žiadateľ nesplní túto povinnosť a nedodrží stanovenú lehotu na doručenie výpisu z obchodného registra so zapísaným predmetom podnikania, bude mu bez ďalšieho upozornenia pozastavené oprávnenie používať kód poskytovateľa až do doby doručenia aktuálneho výpisu z obchodného registra.