

**Oznámenie**  
**poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o začatí prevádzky zdravotníckeho zariadenia**

Držiteľ povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ( názov poskytovateľa ) :

.....  
.....

Druh zdravotníckeho zariadenia ( napr. ambulancia, stacionár ).....

Miesto prevádzky .....

Odbor.....

Personál(lekár/sestra).....

Dátum začatia prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia .....

Telefónne číslo ambulancia:

Zazmluvnené poisťovne:

Zároveň **čestne vyhlasujeme**, že zdravotnícke zariadenie spĺňa zákonné požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálne - technické vybavenie v zmysle Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov.

V.....dňa.....

Podpis

.....