

Oznámenie o prevádzkovaní neštátneho zdravotníckeho zariadenia

V zmysle zákona SNR č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení v znení neskorších predpisov a zákona č. 416/2001 Zb. o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a vyššie územné celky v znení neskorších predpisov

PREDKLADÁM NASLEDOVNÉ ÚDAJE:

Neštátne zdravotnícke zariadenie:

.....

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

Odbor:

Telefonický kontakt:

Mailová adresa:

Návrh ordinačných hodín:

	od	do	obedná prestávka
pondelok			
utorok			
streda			
štvrtok			
piatok			

Zaväzujem sa dodržiavať platné zákony.

Svojím podpisom dávam súhlas na spracovanie osobných údajov v zmysle § 7 zákona č. 18/2018 Z.Z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení zákonov v znení neskorších predpisov a týmto udeľujem súhlas Mestskému úradu, Štúrova 1989/41, 031 42 Liptovský Mikuláš so spracovaním mojich osobných údajov na účely spracovania oznámenia.

V Liptovskom Mikuláši, dňa

.....

podpis