Žádost o vydání označení vozidla poskytovatele domácí zdravotní péče

Podle § 67 zákona odst. 1 č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, za použití § 151 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád (dále jen „správní řád“)

Žadatel:...........................................................................................................................................(obchodní firma, sídlo a právní forma právnické osoby, identifikační číslo, nebo jméno, příjmení, trvalý pobyt a datum narození fyzické osoby)

Zmocněnec:.....................................................................................................................................(je-li žadatel zastoupen na základě plné moci – nemusí být ověřená)

Tovární značka vozidla:...................................................................................................................

Rok výroby:......................................................................................................................................

Registrační značka:.........................................................................................................................

VIN:..................................................................................................................................................

Žadatel, který je poskytovatelem domácí zdravotní péče, musí k žádosti o vydání označení č. O 5b přiložit

**a) je-li žadatelem fyzická osoba:**

* průkaz totožnosti za podmínek stanovených správním řádem
* rozhodnutí o udělení povolení k poskytování domácí zdravotní péče vydané krajským úřadem (zákon o zdravotních službách)
* adresu místa kontaktního pracoviště

**b) je-li žadatelem právnická osoba:**

* výpis z obchodního rejstříku
* rozhodnutí o udělení povolení k poskytování domácí zdravotní péče vydané krajským úřadem (zákon o zdravotních službách)
* seznam zaměstnanců, na které bude žádat označení č. O 5b, včetně potvrzení o tom, že to jsou její zaměstnanci
* adresu místa kontaktního pracoviště

……………………………

 Datum

………………………….

Podpis