**MĚSTSKÝ ÚŘAD KYJOV**

**odbor správních, dopravních a živnostenských agend**

**oddělení registru řidičů**

Masarykovo náměstí 30/1, 697 01 KYJOV

Tel.: 518 697 500, e-mail: urad@mukyjov.cz

**------------------------------------------------------------------------------------**

**ŽÁDOST**

**O VYDÁNÍ OZNAČENÍ VOZIDLA DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE – č. O 5b**

**Žadatel (FYZICKÁ OSOBA):**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno: |  |
| Příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Doklad totožnosti OP č.: |  |
| TrvalýPobyt: |  |
| Telefon č.:/e-mail: |  |  |
| Kontaktní pracoviště/adresa: |  |  |
| Rozhodnutí o udělení povolení k poskytování domácí zdravotní péče: |  |  |

V Kyjově dne: …………………………………………………..….

Podpis žadatele: …………………………..……

(*K žádosti je nutné doložit: -doklad totožnosti, - rozhodnutí o udělení povolení k poskytování domácí zdravotní péče dle zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších přepisů, vydané krajským úřadem, - adresu místa kontaktního pracoviště.)*