**MĚSTSKÝ ÚŘAD KYJOV**

**odbor dopravních a živnostenských agend**

**úsek registru řidičů**

Masarykovo náměstí 30/1, 697 01 KYJOV

Tel.: 518 697 500

e-mail: [urad@mukyjov.cz](mailto:urad@mukyjov.cz)

**ŽÁDOST**

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

**Žadatel (PRÁVNICKÁ OSOBA):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Název společnosti: |  | |
| IČ: |  | |
| Adresa sídla společnosti: |  | |
| Telefon č.:  /e-mail: |  |  |
| Kontaktní pracoviště/adresa: |  |  |
| Rozhodnutí  o udělení povolení k poskytování domácí zdravotní péče: |  |  |
| Seznam zaměstnanců: |  |  |

V Kyjově dne: …………………….……………………………..….

Podpis žadatele: …………………………..………

(*K žádosti je nutné doložit: -výpis z obchodního rejstříku, - 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, - seznam zaměstnanců, na které se žádost o vydání označení č.   
O 5b vztahuje, včetně potvrzení o tom,že uvedené osoby jsou zaměstnanci žadatele.*