

Statutární orgán poskytovatele¹:

titul, jméno, 2.jméno, příjmení

rodné příjmení (u cizinců *).....

číslo OP*).....státní občanství.....

datum narození.....pohlaví*).....

místo narození*).....okres*).....stát*).....

trvalý pobyt: ulice..... č.p:..... č.or:.....

obec:.....PSC:.....

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR adresu bydliště mimo území ČR a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

Statutární orgán poskytovatele:

titul, jméno/jména, příjmení

rodné příjmení (u cizinců *).....

číslo OP*).....státní občanství.....

datum narození.....pohlaví*).....

místo narození*).....okres*).....stát*).....

trvalý pobyt: ulice..... č.p:..... č.or:.....

obec:.....PSC:.....

(Osoby bez trvalého pobytu na území ČR adresu bydliště mimo území ČR a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území ČR)

Údaje, které jsem uvedl/a v tomto prohlášení jsou pravdivé a úplné. Současně prohlašuji, že jsem si vědom/a právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů v prohlášení (přestupek podle ustanovení § 2 zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích - pokuta až do výše 50 000 Kč).

Vdne.....

Jméno a podpis osoby oprávněné jednat za žadatele

¹ V případě více statutárních zástupců vytiskněte potřebný počet těchto stran

*) pro účely výpisu z Rejstříku trestů (podle § 13 odst. 3 zákona žádá o vydání výpisu pro účely správního řízení správní orgán příslušný k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb)