

ŽÁDOST O VYSTAVENÍ DUPLIKÁTU

(pro žadatele, který obdržel rozhodnutí vydané podle § 89 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních)

- ☐ ROZHODNUTÍ O POVOLENÍ VÝKONU ODBORNÉ PRAXE NA DOBU URČITOU
- ☐ POVOLENÍ VÝKONU POVOLÁNÍ NA ÚZEMÍ ČR ZA ÚČELEM ABSOLVOVÁNÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI A PROBAČNÍ ZKOUŠKY

Základní identifikační údaje žadatele:

Příjmení, jméno, titul:

.....

Datum narození (den, měsíc, rok):

E-mail: Telefon/mobil:

ID datové schránky (je-li zřízená):

Adresa pro doručování písemností:

Adresát:

Ulice, č.p.: Město:

PSČ: Země:

Zplnomocněná osoba:

Titul, jméno, příjmení:

Datum narození:

E-mail: Telefon/mobil:

V případě souhlasu s odesíláním písemností zplnomocněné osobě, bude adresa zplnomocněné osoby uvedena v adrese pro doručování písemností.

Jméno a příjmení žadatele/ky (čitelně):	Podpis:	Datum:	Místo:

Uhradte správní poplatek ve výši 100 Kč bankovním převodem na účet Ministerstva zdravotnictví:

- Číslo účtu: 3711-0002528001/0710
- Variabilní symbol: 1111111111
- Mezinárodní kód účtu (IBAN): CZ45 0710 0037 1100 0252 8001
- Mezinárodní kód banky (BIC): CNBACZPP

K žádosti poté doložte doklad o úhradě správního poplatku převodem.

Žádost zašlete:

- a) prostřednictvím datové schránky žadatele Ministerstva zdravotnictví: **pv8aaxd** nebo
- b) poštou na adresu:

**Ministerstvo zdravotnictví ČR
Vinařská 6
603 00 Brno**