

## ČESTNÉ VYHLÁSENIE

o výške úväzku (lekárskeho miesta)\* poskytovateľa zdravotnej starostlivosti\*\* (ďalej len „poskytovateľ“)

Podpísaný (titul, meno a priezvisko) : ..... poskytovateľ – štatutárny zástupca  
právnickej osoby poskytovateľa\*\* v zdravotníckom zariadení (názov) .....  
so sídlom ..... na základe právoplatného  
Rozhodnutia ..... č. .... zo dňa .....

týmto

predkladám čestné vyhlásenie o súbehu svojej odbornej praxe - odbornej praxe zamestnancov právnickej osoby poskytovateľa\*\*\* nasledovne:

Kód poskytovateľa (12-miestny)	Meno a priezvisko lekára	Kód lekára, resp. iného zdravotníckeho pracovníka	Výška pracovného úväzku v tomto ZZ	Výška pracovného úväzku v iných ZZ

Vyhlasujem, že údaje o súbehu odbornej praxe uvedené v tomto čestnom vyhlásení sú pravdivé.

V .....dňa .....

.....  
podpis poskytovateľa  
resp. štatutárneho zástupcu

\*lekárskym miesto sa rozumie výkon činnosti lekára, resp. iného zdravotníckeho pracovníka v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času, v prípade rizikových činností v rozsahu 38 hodín fondu pracovného času.

\*\*fyzická osoba alebo právnická osoba poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

\*\*\*nehodiace sa preškrtnúť