

Žádost o vydání speciálního označení vozidla O 5b

Žádám tímto o vydání speciálního označení vozidla (č. O 5b) poskytovatele domácí zdravotní péče.

Jméno a příjmení

Datum narození

Adresa trvalého pobytu

Podpis žadatele:

K žádosti se přikládá:

- *Rozhodnutí o udělení povolení k poskytování domácí zdravotní péče vydané KÚ*