

Fyzická osoba - občan/podnikateľ (titul, meno, priezvisko):

Obchodné meno: IČO:

Adresa trvalého pobytu / miesto podnikania:

Korešpondenčná adresa:

Kontakt / telefón: e-mail:

alebo

Právnická osoba

Obchodné meno: IČO:

Právna forma:

Adresa / sídlo:

Kontakt / telefón: e-mail:

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v:

Ulica, číslo:

PSČ, mesto:

VEC:

Žiadosť o vydanie duplikátu

Žiadam o vydanie duplikátu dokumentu vydaného úradmi verejného zdravotníctva v Slovenskej republike:

Čo najpodrobnejší opis originálneho dokumentu, z ktorého požadujete vydanie duplikátu (rok vydania, ...):

Oboznámil/-a som sa s informáciami o spracúvaní osobných údajov uvedenými na:

https://efomulare.uvzs.sk/web/guest/ip_036.

Prílohy: *

V

Dátum:

.....
Meno, priezvisko
a podpis žiadateľa
(pečiatka)

Doplňujúce informácie:

V prípade, že bol originálny dokument vydaný elektronicky, ide o vystavenie listinného rovnopisu (nie duplikátu), ktorý bude zaslaný na korešpondenčnú adresu.

Služba je spojená s povinnosťou uhradenia správneho poplatku. Sadzobník poplatkov nájdete priamo v popise služby:
[Podávanie žiadosti o vydávanie duplikátov dokumentov vydaných úradmi verejného zdravotníctva v Slovenskej republike](#).

* Uviest' zoznam príloh