

O Z N Á M E N Í

o ukončení poskytování zdravotních služeb

(dle § 59 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Poskytovatel zdravotních služeb:

Jméno, příjmení, titul: **Lenka Mikulová**

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

Ulice **Petra Rezka 1090/3**

Obec: **Praha 4** část obce: **Nusle** kraj: **hl. m. Praha**

PSČ **140 00**

IČO **40610021**

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb:

31.12.2021

Datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli

zvolenému pacientem: 31.12.2021

Adresa místa pro předložení písemné žádosti pacienta o předání zdravotnické dokumentace: Petra Rezka 1090/3, 140 00 Praha 4

Identifikační údaje osoby, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb

Od 10.01.2022 bude zdravotnická dokumentace uložena na MHMP.

Informace na tel.: 236 004 133