

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: **MV-Pharm s.r.o.**

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

Ulice: **Starostrašnická** č.p./č.o. **164/38**

Obec: **Praha 10** část obce: **Strašnice** kraj: **Praha**

PSČ: **100 00**

IČO: **24138452**

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb:

01.01.2022

Identifikační údaje osoby/obchodní firmy, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb (ust. § 23 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.):

Jméno, příjmení, titul/ obchodní firma: **Lékárna Strašnice s.r.o.**

Ulice: **Jindřicha Plachty** č.p./č.o. **566/5**

Obec: **Praha 5** část obce: **Praha** kraj: **Praha**

PSČ: **150 00**

IČO: *zatím nebylo přiděleno*