

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: **Eva Hrušková, MUDr.**

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

Ulice **Roškotova 1717/2**

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

PSČ **140 00**

IČO: **60456663**

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: Roškotova 1717/2, 140 00 Praha 4

Identifikační údaje osoby, která hodlá pokračovat v poskytování zdravotních služeb

(ust. § 23 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.): **MAPO revma s.r.o., IČO: 11992433,**

místo poskytování zdravotních služeb **Roškotova 1717/2, 140 00 Praha 4.**