

**ŽÁDOST O PŘEDÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE,
v souladu s § 57 odst. 3 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
a podmínkách jejich poskytování**

Příjmení	Jméno	Datum narození	Bydliště	Podpis

Jméno bývalého poskytovatele zdravotních služeb:

Jméno a adresu nově zvoleného poskytovatele zdravotních služeb:

Pacient svým podpisem stvrzuje, že souhlasí se zasláním ZD novému poskytovateli.

Datum:

Podpis provozovatele: