**OZNÁMENÍ PRO PACIENTY O UKONČENÍ POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

|  |
| --- |
| **POSKYTOVATEL:** |

|  |
| --- |
| **MÍSTO POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:** |

|  |
| --- |
| **OBOR:** |

|  |
| --- |
| **KONČÍ SVOJI ČINNOST K DATU:** |

|  |
| --- |
| **DATUM DO KDY MOHOU PACIENTI PŘEDLOŽIT ŽÁDOST O PŘEDÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE NOVĚ ZVOLENÉMU POSKYTOVATELI ZVOLENÉMU PACIENTEM:** |

|  |
| --- |
| **ADRESA PRO PŘEDLOŽENÍ ŽÁDOSTI:** |

|  |
| --- |
| **POKRAČOVAT V POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB BUDE:**(pouze je-li nástupce v poskytování)**:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V:**  | **DNE:** | **RAZÍTKO POSKYTOVATELE, PODPIS:** |