

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: