

PŘEDBĚŽNÝ ZÁPIS O PŘEDÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

POSKYTOVATEL:	
MÍSTO POSKYTOVÁNÍ:	
KONTAKTNÍ TELEFON:	
KONTAKTNÍ EMAIL PRO PACIENTY:	
DATOVÁ SCHRÁNKA:	
OBOR:	
DNE:	

Z důvodu ukončení poskytování zdravotních služeb výše uvedený poskytovatel

PŘEDÁ KOMPLETNÍ ZDRAVOTNICKOU DOKUMENTACI,

včetně soupisu této dokumentace:

☐ Navazujícímu poskytovateli zdravotních služeb:
☐ Krajskému úřadu Ústeckého kraje, odboru zdravotnictví

DNE:	V:	RAZÍTKO POSKYTOVATELE, PODPIS