



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:

MUDr. Jana Fuková

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

Ulice: **I. P. Pavlova**

č.p./č.o. **184/69**

Obec: **Olomouc**

část obce:

kraj: **Olomoucký**

PSČ: **779 00**

IČ: **60800810**

KRAJSKÝ ÚŘAD OLOMOUCKÉHO KRAJE <i>Podatelna</i>	
Datum doručení: 21-11-2019	příp. čas: 14:15/1019
Číslo jednací: 21-11-2019/1019	
Počet listů dokumentu: 2	
Počet příloh/počet listů příloh: 1	

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb:

31.3.2020

Datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli zvolenému pacientem:

31.3.2020

Adresa místa pro předložení písemné žádosti pacienta o předání zdravotnické dokumentace:

Ulice: **I. P. Pavlova**

č.p./č.o. **184/69**

Obec: **Olomouc**

část obce:

kraj: **Olomoucký**

PSČ: **779 00**

Identifikační údaje osoby/obchodní firmy, která převezme zdravotnickou dokumentaci:

Jméno, příjmení, titul/ obchodní firma:

MUDr. Lucie Troubilová

Ulice: **I. P. Pavlova**

č.p./č.o. **184/69**

Obec: **Olomouc**

část obce:

kraj: **Olomoucký**

PSČ: **779 00**

IČ:

