

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, v platném znění)

Informace pro pacienty: MUDr. Anna Švehláková mění pouze právní formu na SRO!

Poskytovatel zdravotních služeb:

Jméno, příjmení, titul: **Anna, Švehláková, MUDr.**

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

Ulice: **Padělký I** č.p./č.o. **3644**

Obec: **Zlín** část obce: kraj: **Zlínský**

PSČ: **760 01**

IČ: **48473839**

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb:

31.12.2024

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

31.12.2024

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

Ulice: **Padělký I** č.p./č.o. **3644**

Obec: **Zlín** část obce: kraj: **Zlínský**

PSČ: **760 01**

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

Jméno, příjmení, titul/ obchodní firma: **Dětská neurologie Zlín s.r.o.**

Ulice: **Padělký I** č.p./č.o. **3644**

Obec: **Zlín** část obce: kraj: **Zlínský**

PSČ: **760 01**

IČ: *21984505*

Anna Švehláková