

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)

Poskytovatel zdravotních služeb:

Jméno, příjmení, titul: **Zdeňka, Špetlová, MUDr.**

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

Ulice: **Smetanova** č.p./č.o.: **656**

Obec: **Frýdek-Místek** část obce: **Frýdek** kraj: **Moravskoslezský**

PSČ: **738 01**

IČ: **480 04 103**

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb: 31.12.2026

Datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli zvolenému pacientem: 31.12.2026

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

Ulice: **Smetanova** č.p./č.o.: **656**

Obec: **Frýdek-Místek** část obce: **Frýdek** kraj: **Moravskoslezský**

PSČ: **738 01**

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

Jméno, příjmení, titul/ obchodní firma: **BESKYDSKÉ ZDRAVÍ DĚTÍ s.r.o.**

Ulice: **Smetanova** č.p./č.o.: **656**

Obec: **Frýdek-Místek** část obce: **Frýdek** kraj: **Moravskoslezský**

PSČ: **738 01**

IČ: **245 72 161**