

## OZNÁMENÍ O UKONČENÍ ČINNOSTI

Poskytovatel zdravotních služeb ..... *Mgr. MONIKA PRŮŠOVÁ* .....

.....  
oznamuje,

že dnem *30. 4. 2024* ukončuje svoji činnost poskytovatele v oboru

.....  
*FYZIOTERAPIE* .....

s místem poskytování zdravotních služeb..... *KARLA ČAPKA 2459* .....

.....  
*PÍSEK 397 01* .....

Pacienti, kteří si zvolí jiného poskytovatele, mohou podat žádost

o předání své zdravotnické dokumentace do dne *30. 4. 2024* .....

na adresu..... *KARLA ČAPKA 2459* .....

.....  
*PÍSEK 397 01* .....

Zbývající zdravotnická dokumentace bude následně předána

poskytovateli

.....  
*KRAJSKÝ ÚŘAD JIHOČESKÉHO KRAJE* .....

Mgr. Monika Průšová

*Průšová*

.....  
Razítko + podpis poskytovatele