

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: **MUDr. Ludmila Hradská**

IČ: **61378313**

Obory zdravotní péče: **zubní lékařství**

Adresa místa poskytování zdravotních služeb:

Pod Klamovkou 472/7, 150 00 Praha 5

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit

poskytování zdravotních služeb: **30.09.2014**

Datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace

poskytovali zvolenému pacientem: **30.09.2014**

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

Pod Klamovkou 472/7, 150 00 Praha 5

Identifikační údaje osoby, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb:

CLINIC FAMILYDENT s.r.o., Pod Klamovkou 472/7, 150 00 Praha 5

(jednatelka a odborný zástupce společnosti: **MUDr. Ludmila Hradská**)