

**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. Olga Jedličková**

IČ: **60163321**

Obory zdravotní péče: **gynekologie a porodnictví**

Adresa místa poskytování zdravotních služeb: **Krškova 807/21, 152 00 Praha 5**

Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit

poskytování zdravotních služeb: **31.07.2014**

Datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace

poskytovali zvolenému pacientem: **31.07.2014**

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

**MUDr. Olga Jedličková, Krškova 807/21, 152 00 Praha 5**

Identifikační údaje osoby, která pokračuje v poskytování zdravotních služeb:

**MUDr. Olga Jedličková s.r.o., Krškova 807/21, 152 00 Praha 5**

(jednatelka a odborný zástupce společnosti: MUDr. Olga Jedličková s.r.o.)