**OZNÁMENÍ**

**Poskytovatel zdravotních služeb:**

………………………………………………………………………………………………………..

*Název poskytovatele, obor zdravotní péče*

………………………………………………………………………………………………………..

*Adresa místa poskytování zdravotních služeb*

**oznamuje záměr ukončit poskytování zdravotních služeb ke dni ……………………….**

Žádosti o předání zdravotnické dokumentace novému poskytovateli, kterého si pacient zvolil, je možné předkládat v místě dosavadního poskytování zdravotních služeb do *(datum)……………………………..*

**Po tomto termínu bude dokumentace předána odboru zdravotnictví Krajského úřadu Olomouckého kraje**, který zajistí pořízení výpisů nebo kopií dokumentace nebo předání dokumentace dle § 57 odst. 3 písm. c) a d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, poskytovateli zvolenému pacientem.

**Žádost o předání zdravotnické dokumentace musí být písemná a musí obsahovat:**

1. Jméno a příjmení pacienta
2. Rodné číslo pacienta (pokud není přiděleno, tak datum narození)
3. Trvalé bydliště pacienta
4. Název a adresu nově zvoleného poskytovatele zdravotních služeb
5. Název a adresu původního poskytovatele zdravotních služeb
6. Telefonický/e-mailový kontakt

**Žádosti o předání zdravotnické dokumentace převzaté krajským úřadem zasílejte na adresu:**

Krajský úřad Olomouckého kraje

Odbor zdravotnictví

Jeremenkova 40a

779 11 Olomouc

……………………………………….

 Podpis poskytovatele

V………………………………dne………………….