Krajský úřad Plzeňského kraje

Odbor zdravotnictví

Škroupova 18

306 13 Plzeň

 V ....................................... dne..........................

**Žádost o předání zdravotnické dokumentace**

V souladu s  ustanovením § 57b odst. 3 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, žádám o předání originálu zdravotnické dokumentace převzaté na Krajský úřad Plzeňského kraje po ukončení činnosti níže uvedeného lékaře/ZZ nově zvolenému níže uvedenému lékaři/ZZ.

**Původní lékař/ZZ:**

**Nově zvolený lékař/ZZ:**

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Bydliště:**

Telefon:

Email:

 ........................................................................

 **podpis**