



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Oznámení o odstoupení od přiděleného rezidenčního místa v roce 2025

Poskytovatel zdravotních služeb

Název poskytovatele zdravotních služeb s rezidenčním místem: IČO:

Název konkrétní organizační složky: *(vyplňte v případě, že se neshoduje s údajem výše):*

Adresa poskytovatele zdravotních služeb, případně konkrétní organizační složky

Ulice: č.p./č.o.:

Obec: PSČ:

Obor specializačního vzdělávání, ve kterém bylo rezidenční místo přiděleno:

Počet rezidenčních míst:

Důvod o odstoupení od přiděleného rezidenčního místa:

Datum:

Jméno, příjmení (hůlkovým písmem) a podpis statutárního orgánu

