



Oznámení o odstoupení od přiděleného rezidenčního místa

Název poskytovatele zdravotních služeb s rezidenčním místem: I :

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

Adresa poskytovatele zdravotních služeb, případně konkrétní organizační složky:

Ulice: .p./ .o.:

Obec: PS :

Obor specializačního vzdělávání, ve kterém bylo rezidenční místo přiděleno:

Počet rezidenčních míst:

Důvod o odstoupení od přiděleného rezidenčního místa:

Datum:

Jméno, příjmení (hříčkovým písmem)
a
podpis statutárního orgánu