



**HLAVNÍ MĚSTO PRAHA**  
**MAGISTRÁT HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY**  
Odbor sociálních věcí a zdravotnictví  
Oddělení zdravotních služeb



Váš dopis zn./ze dne:

Č. j.:  
**MHMP 832749/2026**

Sp. zn.:  
**S-MHMP 823374/2026**

Vyřizuje/tel.:

**Bc. Jana Šafránková, DiS.**

**236 004 166**

Počet listů/příloh: -/0

Datum:

**07.09.2026**

## **OZNÁMENÍ**

### **o ukončení poskytování zdravotních služeb**

(dle § 59 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

**Poskytovatel zdravotních služeb: Bc. Xin Wen**

**Adresa místa poskytování zdravotních služeb: Vladislavova 1390/17, 110 00 Praha 1**

**Datum, k němuž poskytovatel hodlá ukončit poskytování zdravotních služeb: 31.10.2026**

**Datum, do kterého lze předložit žádost o předání zdravotnické dokumentace poskytovateli zvolenému pacientem: 31.10.2026**

**Adresa místa pro předložení písemné žádosti pacienta o předání zdravotnické dokumentace: Vladislavova 1390/17, 110 00 Praha 1**

**Identifikační údaje osoby/obchodní firmy, která převezme zdravotnickou dokumentaci: Magistrát hlavního města Prahy, Jungmannova 35/29, 110 00 Praha 1**

**První den zveřejnění: 09.09.2026**

**Poslední den zveřejnění: 09.11.2026**