**Domov pro osoby se zdravotním postižením Brtníky, p.o. 407 60 Brtníky č. p. 119**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **oddělení** | **kontaktní osoba** | **telefon** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Dokladový materiál z periodických kontrol, oprav vč. fakturace předávat a zasílat na adresu:**

Kontaktní osoba:

1. …………………………………….