

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko Meno Rodné číslo

v súlade s § 12 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov týmto

odstupujem

od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

.....
(meno doterajšieho všeobecného lekára pre dospelých)

.....
(adresa doterajšieho lekára pre dospelých/ ambulancie)

.....
Dátum

.....
Podpis poistenca odstupujúceho od dohody

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

(z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti) V súlade s §23 zákona SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, žiadam o odovzdanie zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu dole uvedeného poistenca

Priezvisko Meno

Rodné číslo Kód zdravotnej poisťovne

ktorý uzavrel novú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v našom zdravotníckom zariadení PREVENTÍVA Klinika, s.r.o. .

Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadame doručiť doporučene poštou, do siedmich dní od doručenia žiadosti na adresu **Starohájska 2, 917 01, Trnava.**

PREVENTÍVA Klinika, s.r.o.
Ľudmily Podjavorinskej 2547/29
917 01 Trnava
IČO: 47811561 DIČ: 2024103147

.....
Dátum

.....
Podpis poistenca

.....
Podpis a pečiatka lekára