

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 gynekológa)

(adresa ambulancie doterajšieho gynekológa)

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 na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

POISTENEC

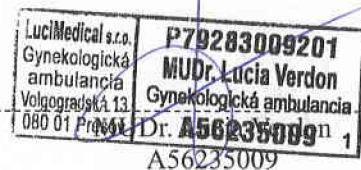
Rodné číslo: _____

Poistenec: _____

Adresa: _____

Dátum: _____

Podpis pacienta odstupujúceho od dohody: _____



MUDr. Lucia Verdon, Adresa: Prešov, Volgogradská 13, 08001, č. tel. 0940945770