

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

POISTENEC

Meno a priezvisko:
Rodné číslo:
Zdravotná poisťovňa:
Adresa trvalého bydliska:
Prechodný pobyt:
Telefonický kontakt:
Mailová adresa:

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s: **MUDr. Dana Rončáková**, č. tel. **0951 392 395** s miestom výkonu **Hliník nad Hronom, Kamenárska 158, 966 01**.

Mojim predchádzajúcim lekárom bol MUDr.
Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.

Dátum: Podpis poistenca (zákonného zástupcu):.....

LEKÁR

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára **A87655020**

Kód ambulancie **P99120020201**

Dátum.....

MUDr. Dana Rončáková
podpis a pečiatka lekára

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Meno a priezvisko

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 praktického lekára)

.....
(adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie)

Dátum

Podpis poistenca (zákonného zástupcu).....