

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Titul, meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo poistenca: /

Zdravotná poisťovňa:

Bydlisko (ulica a popisné číslo):

PSČ:

Mesto:

* v súlade s §12 odst. 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 a priezvisko doterajšieho lekára:

Adresa a kontakt na doterajšieho lekára: Ulica a popisné číslo:

PSČ:

Mesto:

Tel. kontakt na lekára:

v

dňa

.....
podpis pacienta

* §12 ods. 10 z. 576/2004 Z.z.: Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zaniká smrťou osoby, smrťou alebo zánikom poskytovateľa alebo po doručení odstúpenia od dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola doručené písomné odstúpenie od dohody.

Solem Clinic, s.r.o.

Tomášikova 28/B, 821 01 Bratislava, IČO: 538 35 719, DIČ: 2121510193, recepcia@solem.sk

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

v súlade s § 23 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, Vás

žiadame o odovzдание zdravotnej dokumentácie (resp. jej rovnopis) poistenca

Titul, meno a priezvisko poistenca:

Rodné číslo poistenca: /

Zdravotná poisťovňa:

Bydlisko poistenca:

z dôvodu uzatvorenia novej Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s našou ambulanciou všeobecného lekára pre dospelých. Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadame doručiť na vyššie uvedenú adresu poštou alebo osobne **do siedmich dní** od doručenia tejto žiadosti. Ďakujeme.

v

dňa

.....
podpis a pečiatka lekára

Solem Clinic, s.r.o.