

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI

titul, meno a priezvisko:.....

rodné číslo: kód zdravotnej poisťovne:

T.č. .:

odstupujem od dohody uzatvorenej s mojim doterajším
poskytovateľom (lekárom), ktorým bol:

MUDr.....

adresa ambulancie:.....

V Košiciach dňa.....

podpis poistenca.....

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE
(z dôvodu uzatvorenia Dohody o PZS)

V súlade s zákona SR Č.576/2004 Z.z. Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

Vás týmto Žiadame o odovzдание zdravotnej dokumentácie (rovnopisu) vyššie uvedeného a podpísaného poistenca, ktorý uzavrel novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s našou ambulanciou dňa.....

Zdravotnú dokumentáciu prosím doručte (pošlite) do 7 dní na adresu:

Gynekologicko-pôrodnicka ambulancia, MUDr. Ivana Dančová (GYO Life s.r.o.),
adresa ambulancie: Cottbuská 13, Košice- KVP, 04023, 2. posch.

Dátum:.....Podpis a pečiatka lekára

