

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
uzatvorená podľa zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti,
službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

POISTENEC

Priezvisko: _____ Meno: _____
Rodné číslo: _____
Zdravotná poisťovňa
Číslo preukazu poistenca,
trvalý pobyt podľa OP:
adresa na doručovanie pošty:
tel.č.: _____ e-mail: _____

uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s POSKYTOVATEĽOM

spoločnosť MEDI-LIVA s.r.o., so sídlom: Košice, Popradská 7, 040 11 , IČO: 36 598 925
zastúpenou MUDr. Vavrová Erna
tel.č.: 055 695 00 93

Mojím predchádzajúcim všeobecným lekárom bol

MUDr. _____ č. tel.: _____
so sídlom: _____ od dátumu _____

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti .

Podpis poistenca: _____

Kód lekára: A 46994020

kód ambulancie P 62075020203

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ VŠEOBECNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
podľa § 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

Váž. pán/pani
MUDr.
ambulancia všeobecného lekára

(doterajšieho všeobecného lekára)

Priezvisko poistenca : _____ Meno: _____ Dátum narodenia: _____

Týmto podľa § 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 odstupujem od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej s doterajším poskytovateľom. Zároveň Vás žiadam o preukázateľné odovzdanie zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu novému poskytovateľovi na adresu:

MUDr. Erna Vavrová , MEDI-LIVA s.r.o., Československej Armády 18, Košice 040 01 a vyradenie z Vaše evidencie.