

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Dolu podpísaná:

Priezvisko: **Meno:** **Rodné č.:**

v súlade s §12 ods. 9 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 týmto

ODSTUPUJEM

od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú mám s Vami uzatvorenú.

Dátum:

Podpis:

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 odovzdanie zdravotnej dokumentácie (alebo jej rovnopisu) poistenca

Priezvisko: **Meno:**

Rodné číslo: **Kód ZP:**

Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadam doručiť na adresu uvedenú nižšie do 7 dní od doručenia tejto žiadosti.

Adresa ambulancie: **Via Feminae, s.r.o.**, Medicínske centrum FORTE, Teplická 83/A, Piešťany, 92101

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:

