



ODSTÚPENIE OD DOHODY

Meno a priezvisko pacienta

Dátum narodenia Zdravotná poisťovňa

Bydlisko

Vážený pán doktor /poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
na základe § 12 ods. 10 zák. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním
zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
odstupujem od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú mám s Vami uzavretú. Zároveň
Vás žiadam, aby ste ma ku dňu zániku dohody odhlásili zo stavu Vašich pacientov.

Dátum:

Podpis pacienta:

Ako nový poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyššie uvedeného pacienta, na základe § 23 ods. 1 zák.
576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, Vás žiadame o odovzdanie jeho zdravotnej dokumentácie s
uvedením dátumu poslednej, ním absolvovanej, preventívnej prehliadky na adresu: PRO BIOS spol. s r.o.
neštátna poliklinika, Ružová dolina 21, 821 09 Bratislava, a to do siedmich dní od jej vyžiadania.

Dátum:

Pečiatka, podpis lekára:

