

ODSTÚPENIE OD DOHODY

Meno a priezvisko pacienta

Dátum narodenia Zdravotná poisťovňa

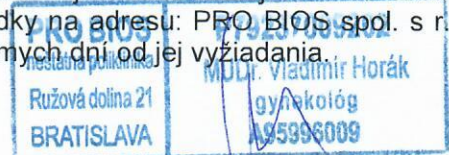
Bydlisko

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: