

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 Slanci dňa

podpis poistenca.....

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

(z dôvodu uzatvorenia Dohody o PZS)

V súlade s §23 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-pôrodnická ambulancia, MUDr.Ivana Dančová (GYO Life s.r.o.),
adresa ambulancie: Forgáčová 3 ,044 17 Slanec,**

Dátum:..... Podpis a pečiatka lekára

