



## DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Meno, priezvisko, titul poistenca: .....

Rodné číslo: ..... Číselný kód zdravotnej poisťovne:

--	--	--	--

Miesto trvalého pobytu: .....

Miesto prechodného pobytu: .....

Kontaktná osoba, zákonný zástupca: .....

Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatváram v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v znení neskorších predpisov s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti: **Tenenet, o.z., Oravská 3083/4, 903 01 Senec**

Názov a adresa: **SenCare, ambulancia všeobecného lekára, Lichnerova 39/A, 903 01 Senec**

Meno, priezvisko, titul odborného zástupcu: **MUDr. Beáta Révayová**

číslo telefónu: +421 910 546 006

e-mail: info@seneccare.sk

od dátumu: .....

**Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu zdravotnej starostlivosti s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.**

v Senci, dňa: .....

Senecare - ambulancia všeobecného lekarstva Lichnerova 39/A 903 01 Senec Tenenet, o.z.	<b>P53959020201</b> <b>MUDr. Beáta Révayová</b> všeobecný lekár pre dospelých <b>A30197020</b>
--	---

Podpis odborného zástupcu poskytovateľa

Podpis poistenca / zákonného zástupcu