

## ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko ..... Meno .....

Rodné číslo .....

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, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

**Meno a adresa doterajšieho všeobecného lekára pre dospelých:**

.....

Dátum ..... Podpis poistenca .....

## 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 odovzдание zdravotnej dokumentácie** (alebo jej rovnopis) **poistenca**

Priezvisko ..... Meno .....

Rodné číslo ..... Kód zdravotnej poisťovne .....

ktorý uzavrel dňa ..... novú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zdravotnú dokumentáciu Vás žiadam doručiť na adresu uvedenú dole poštou do siedmich dní od doručenia tejto žiadosti.

Priezvisko, meno nového lekára: **MUDr. Beáta Révayová**

Adresa ambulancie (adresa na doručenie zdravotnej dokumentácie):

**Sencare - ambulancia všeobecného lekára, Lichnerova 39/A, 903 01 Senec**

Telefónne číslo ambulancie: **+421 910 546 006**, email: **info@seneccare.sk**

Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **P53959020201**

Dátum ..... Podpis a pečiatka lekára .....

