DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

uzatvorená podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004“)

Priezvisko . . . . . .Meno . . . . . .
Titul . . . . . Rodné číslo . . . . . .
Kód zdravotnej poistovne . . . . . E-mail . . . . . .
Telefón . . . . . Trvalý pobyt . . . . . .
. . . . . .
Prechodný pobyt . . . . . .

uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s Ethic Med, s.r.o, so sídlom Sadová ulica 1263/28, Miloslavov 900 42, v zastúpení: MUDr. Natália Michlíková, konateľ s miestom výkonu: Hlavná 698/10E, Nová Dedinka 900 29

. . . . .	. . . . .	. . . . .
Dátum	Podpis osoby (zákonného zástupcu)	Podpis a pečiatka lekára

---

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 o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov týmto odstupujem od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s <u>doterajším poskytovateľom</u>

. . . . . .
(meno doterajšieho všeobecného lekára pre dospelých)

. . . . . .
(adresa doterajšieho všeobecného lekára pre dospelých/ambulancie)

. . . . .	. . . . .
Dátum	Podpis osoby odstupujúcej od dohody

ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE
/z dôvodu uzatvorenia dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti/

V súlade s §23 zákona SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, žiadam o odovzdanie zdravotnej dokumentácie /alebo jej rovnopisu/ dole uvedeného poistenca na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

Priezvisko . . . . . Meno . . . . . .
Rodné číslo . . . . . Kód zdravotnej poistovne . . . . . .

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