



ODSTÚPENIE od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Prosím Vás o zaslanie zdravotnej dokumentácie alebo výpis zdravotnej karty pacienta:.....

rodné číslo:bydlisko:

podľa § 12 ods. 9 zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, týmto

odstupujem od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

uzavretej s poskytovateľom:

názov:.....

sídlo:

Podľa § 12 ods. 10 zákona č.576/2004 Z.z. v prípade písomného odstúpenia od dohody o poskytovaní ZS, takáto dohoda „zaniká prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné odstúpenie od dohody“.

Zároveň Vás prosíme o odhlásenie zo stavu kapítovaných pacientov /k uvedenému dátumu, resp. ku koncu mesiaca/.

Zdravotnú dokumentáciu, žiadame zaslať novému poskytovateľovi ZS:

MUDr. Vachaľová Marianna

Poliklinika Giraltove ILB, s. r. o.

Kukorelliho 337

087 01 Giraltove

Ďakujem

.....

podpis a pečiatka

V Giraltovciah

.....

dňa.....

podpis pacienta