

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ VŠEOBECNEJ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

(podľa § 7 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene niektorých zákonov v platnom znení)

Poskytovateľ všeobecnej zdravotnej starostlivosti:

.....

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo:

						/				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Zmluvná zdravotná poisťovňa:

--	--	--	--

Trvalé bydlisko – adresa:

.....

Oznamujem Vám, že dňa som uzatvoril/a dohodu o poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti s novým poskytovateľom:

MUDr. Anna Olajcová - všeobecný lekár pre dospelých

anpemed, s.r.o.

Poliklinika 1

Škultétyho 470/6

036 01 Martin

tel.: 043/228 99 22

mail: info@anpemed.sk

Kód lekára

A	3	2	6	7	1	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Kód poskytovateľa

P	9	1	3	2	9	0	2	0	2	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

a žiadam Vás o odovzдание mojej zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu do siedmich dní od doručenia tohoto odstúpenia od dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti novému poskytovateľovi (podľa § 23 zákona č. 576/2004 Z.z.).

V Martine dňa

.....
Podpis občana (zákonného zástupcu)