

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“)

Všeobecný lekár pre deti a dorast

Kód poisťovne

Meno a priezvisko pacienta:

Rodné číslo pacienta

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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu pacienta:

Rodné číslo zákonného zástupcu pacienta

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

Trvalé bydlisko:

Prechodné bydlisko:

telefón/mobil: e-mail:

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s NAŠA DOKTORKA s.r.o, so sídlom Nám. Sv. Františka 8A, 841 04 Bratislava, v zastúpení: MUDr. Peter Lipovský, konateľ s miestom výkonu: Kristy Bendovej 6, Bratislava od dátumu:

Zároveň odstupujem od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s doterajším lekárom: MUDr.

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom tej istej odbornosti.

V..... Dátum.....

Podpis pacienta, zákonného zástupcu:

LEKÁR

Akceptujem návrh poisťovne na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára: A88571008

Kód ambulancie: P79509008201

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára: