

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Uzatvorená podľa Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov medzi

Priezvisko:

Meno:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

E-mail:

Telefón:

Trvale bytom:

(ďalej len ako "poistenec") a

Spoločnosťou **Zdravotné služby Rozhanovce, s.r.o., SNP 48, 044 42 Rozhanovce, Slovenská republika. IČO: 52 538 087**, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu v Košiciach vložka č. 46852/V dňa 27.7.2019.

Poskytovateľ sa touto dohodou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej "Dohoda") zaväzuje v súlade s ustanoveniami Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytovať poistencovi zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré sú súčasťou tejto Dohody a sú v súlade so všeobecne záväznými predpismi Slovenskej republiky. Poistenec vyhlasuje, že v uplynulých 6 mesiacoch neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným všeobecným lekárom pre dospelých, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že jeho vôľa pri uzatváraní dohody je slobodná. Poistenec má právo odstúpiť od tejto dohody a to písomne do 7 dní odo dňa jej uzatvorenia. Právo na odstúpenie od Dohody podľa predchádzajúcej vety je poistenec oprávnený uplatniť u spoločnosti Zdravotné služby Rozhanovce, s.r.o., SNP 48, 044 42 Rozhanovce.

.....

.....

.....

Dátum

Podpis poistenca

Zdravotné služby Rozhanovce, s.r.o.

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Dole podpísaný/á

Priezvisko:

Meno:

Rodné číslo:

Trvale bytom:

v súlade s ustanovením § 12 ods. 7. zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti

v znení neskorších predpisov dňom doručenia tohto odstúpenia týmto **odstupujem** od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú mám uzavretú s

Meno a priezvisko doterajšieho všeobecného lekára:

Adresa doterajšieho všeobecného lekára:

ako doterajším poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

V, dňa

.....

Podpis