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 poisťovne . . . .

E-mail . . . . . .Telefón . . . .

Trvalý pobyt . . . . . .

Prechodný pobyt . . . . . .

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s J medical s.r.o, so sídlom Stará Ivánska cesta 386, 821 04 Bratislava, v zastúpení: Mgr. Jana Kardošová, s miestom výkonu: Domaniža 15, 018 16 Domaniža, IdZZ: 63-50874713-A0001

. . . .

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 doterajším poskytovateľom

J & MS Medical, s.r.o., Domaniža 423, 018 16 Domaniža, IČO: 52772659, ordin. lekár MUDr. Jozef Krišťák (meno a 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 poisťovne . . . .

. . . .

Dátum Podpis poistenca Podpis a pečiatka lekára