**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") medzi

**Poskytovateľom zdravotnej starostlivosti**

|  |  |
| --- | --- |
| Názov: | MUDr. Dominika Vlčková, s.r.o. |
| Sídlo: | Ulica M. Gorkého 316/1, 971 01 Prievidza |
| IČO: | 56620713 |

a

**Osobou**

|  |  |
| --- | --- |
| Titul: |  |
| Meno: |  |
| Priezvisko: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Zdravotná poisťovňa: |  |
| Trvalý pobyt: |  |
| e-mailový kontakt: |  |
| Telefonický kontakt: |  |

**Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.**

|  |  |
| --- | --- |
| Od dátumu |  |
| V Prievidzi dňa |  |
| Podpis osoby |  |

**Akceptujem návrh osoby na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.**

|  |  |
| --- | --- |
| Kód zdravotníckeho pracovníka: | A91699020 |
| Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: | P33487020201 |
| V Prievidzi dňa |  |
| Podpis a pečiatka lekára – konateľa poskytovateľa |  |