**ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Titul: |  |
| Meno: |  |
| Priezvisko: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Trvalý pobyt: |  |

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.

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a adresa doterajšieho všeobecného lekára pre dospelých (ambulancie): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dátum: |  |
| Podpis osoby odstupujúcej od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti: |  |

**ŽIADOSŤ O ODOVZDANIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**

V súlade s § 23 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, Vás **žiadam o odovzdanie zdravotnej dokumentácie** (alebo jej rovnopis) uvedenej osoby dôvodu odstúpenia od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na základe zmeny poskytovateľa ambulantnej starostlivosti.

**Nový poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým osoba uzatvorila dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

|  |  |
| --- | --- |
| Názov: | MUDr. Dominika Vlčková, s.r.o. |
| Sídlo: | Ulica M. Gorkého 316/1, 971 01 Prievidza |
| IČO: | 56620713 |
| Telefonický kontakt: | 0918109392 |
| e-mailový kontakt: | ambulancia@dominikavlckova.sk |