

ADRESÁT:

Vec: ODSTÚPENIE od DOHODY

PODPÍSANÁ:

Meno pacientky :

Rodne číslo :

Poistovňa :

Na základe §12 ods. 1 zákona č. 576/2004Z.z. mám s Vami uzavretú dohodu o poskytovaní zdrav. starostlivosti. V zmysle § 12 ods. 9 odstupujem od tejto dohody a žiadam o zaslanie zdravotnej dokumentácie alebo rovnopisu zo zdravotnej dokumentácie, s uvedením dátumu poslednej preventívnej prehliadky, na adresu:

Gynekologická ambulancia - Gynkomed s.r.o
MUDr. Miroslav Kotek
Na Pasienu 1, 900 25 Chorvátsky Grob

Vdňa.....

.....

podpis pacientky

Súhlasím s uzavretím dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a súhlasím s prevzatím pacientky do zdravotnej starostlivosti .

MUDr. Miroslav Kotek

