

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko Meno: Titul:

Rodné číslo/..... Zdrav. poisťovňa : VŠZP Dôvera UNION

Trvale bytom :

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

o d s t u p u j e m

od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom:

meno a priezvisko doterajšieho gynekológa:

adresa doterajšieho gynekológa/ambulancie :

V Trenčíne, dňa

Podpis poistenkyne :

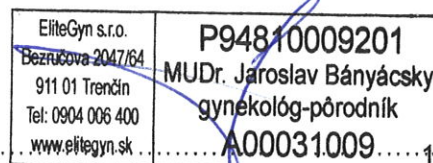
Vážený pán doktor/ pani doktorka,

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 žiadame o odovzdanie zdravotnej dokumentácie** (alebo jej rovnopis) horeuvedenej poistenkyne, ktorá má záujem o zmenu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a **zároveň žiadame o vyradenie z Vašej evidencie.** Prosím, nezabudnite **doložiť dátumy preventívnych prehliadok, ako aj výsledky onkocytológií.**

Žiadame o zaslanie zdravotnej dokumentácie menovanej, alebo rovnopisu na adresu **EliteGyn s.r.o., Bezručova 2047/64, 911 01 Trenčín** poštou do siedmich dní od doručenia tejto žiadosti.

V Trenčíne, dňa

Podpis lekára : ...



EliteGyn s.r.o., MUDr. Jaroslav Bányácky