

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 medzi

Priezvisko.....	Meno.....
Rodné číslo	Zdrav. poisťovňa
E- mail.....	Telefón
Trvale bytom	

(ďalej len ako „poistenec“) a spoločnosťou **DH - MED, s. r. o.**, Kamenárska 158, 966 01 Hliník nad Hronom, Slovenská republika, IČO: 50 399 888, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Banská Bystrica, oddiel Sro, vložka č. 30109/S, za ktorú koná **MUDr. Dana Haffnerová**, konateľka; tel.: 045 / 676 13 90; e-mail: ambulancia@haffnerova.sk (ďalej len ako „poskytovateľ“).

Poskytovateľ sa touto Dohodou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Dohoda“) zaväzuje v súlade s ustanoveniami 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 poskytovať poistencovi zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené v podmienkach poskytovateľa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré sú súčasťou tejto Dohody a poistenec túto zdravotnú starostlivosť a tieto služby prijíma a akceptuje podmienky poskytovateľa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré sú súčasťou tejto Dohody a sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi Slovenskej republiky.

Poistenec vyhlasuje, že v uplynulých 6 mesiacoch neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným všeobecným lekárom pre dospelých, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že jeho vôľa pri uzatváraní Dohody je slobodná, vážna a bez omylu.

Poistenec má právo písomne odstúpiť od tejto Dohody do 7 pracovných dní odo dňa jej uzatvorenia. Právo na odstúpenie od tejto Dohody podľa predchádzajúcej vety je poistenec oprávnený uplatniť u spoločnosti DH – MED.

.....
Dátum	Podpis poistenca	MUDr. Dana Haffnerová, DH-MED s.r.o

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

.....
(meno doterajšieho všeobecného praktického lekára)

.....
(adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie)

Dátum Podpis poistenca.....