

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

uzavretá v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z.z.

Kód poisťovne: _____

praktický lekár
pre dospelýchpraktický lekár
pre deti a dor.

gynekológ

stomatológ

POISTENEC

rodné číslo: _____

poistenec:

trvalý pobyt*:

telefón:

e-mail:

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s MUDr. Juraj Jankovič

č. tel.: **044/432 34 89**miesto výkonu: **Ružomberok - A. Bernoláka 5231/4**

od dátumu:

Mojim predchádzajúcim lekárom bol:

MUDr.

č. tel.:

so sídlom:

od dátumu:

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.
Týmto nie je súčasne dotknutý nárok na § 16 ods. a - d Liečebného poriadku.

Dátum:

Podpis poistenca:
(zákonného zástupcu)**LEKÁR**

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Kód ambulancie:

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára: