

# ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ VŠEOBECNEJ AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

(podľa § 7 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene niektorých zákonov v platnom znení)

**Poskytovateľ všeobecnej zdravotnej starostlivosti:**

**Meno a priezvisko pacienta:** .....

Rodné číslo:

						/				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Zmluvná zdravotná poisťovňa:

--	--	--	--

Trvalé bydlisko – adresa:

.....

Oznamujem Vám, že dňa ..... som uzatvoril/a dohodu o poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti s novým poskytovateľom:

**TEP GEN, s.r.o.**

**MUDr. Martin Frolo - všeobecný lekár pre dospelých**

Polná 8,  
036 01 Martin

tel.: +421 434 131 428

mail: [predpislieky@gmail.com](mailto:predpislieky@gmail.com)

**Kód lekára**

A	8	3	2	4	0	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Kód poskytovateľa**

P	7	6	1	0	6	0	2	0	2	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

a žiadam Vás o odovzdanie mojej zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu do siedmich dní od doručenia tohoto odstúpenia od dohody o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti novému poskytovateľovi (podľa § 23 zákona č. 576/2004 Z.z.).

V ..... dňa .....

.....  
Podpis občana (zákonného zástupcu)