**Ambulancia všeobecného lekára** /Predchádzajúci lekár/

**MUDr.** **Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.**

**Adresa:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**Titul, meno, priezvisko:** **Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.**

**Rodné číslo:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**Trvalé bydlisko:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

**e-mail:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. **tel. číslo:** Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

V súlade s § 12 ods. 10 zákona NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len ako „zákon 576/2004 Z. z.“) týmto písomne odstupujem od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej s Vami ako poskytovateľom, ktorá takto zaniká prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom Vám bolo doručené toto písomné odstúpenie od dohody.

**Podpis poistenca** .......................................................................................

Poskytovateľ, spoločnosť MDclinic a.s. so sídlom Radlinského 27, 811 07 Bratislava, IČO 44 571 747, s ktorým menovaná pacientka uzavrela dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti Vás týmto v súlade s § 23 ods. 1 zákona 576/2004 Z. z. žiada **o zaslanie zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu** na adresu **Ambulancie všeobecného lekára pre dospelých**, **MDclinic a.s., Poliklinika Radlinského 27, 811 07 Bratislava. Súčasne Vás týmto prosíme o zápis dátumu Vášho ukončenia registrácie klientky do odosielanej zdravotnej dokumentácie/rovnopisu a nahlásenie ukončenia registrácie do zdravotnej poisťovne.**

Za porozumenie vopred ďakujem.

V Bratislave, dňa Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text.

............................................

**Podpis poskytovateľa**