

Vážený pán doktor/ Vážená pani doktorka

Vec: Odstúpenie od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Trvalý pobyt: _____

Na základe § 12 ods. 10 zák. 662/2007 Z.z a neskorších predpisov odstupujem od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú mám s Vami uzatvorenú.

Dátum: _____

Podpis: _____

V zmysle § 23 ods. 1 zákona 662/2007 Z.z. žiadame o zaslanie zdravotnej dokumentácie menovanej, alebo rovnopisu, na adresu:

PrenatalGyn Care s.r.o.

MUDr. Michal Semivan

Trnavská cesta 67

821 04 Bratislava

Prosíme, nezabudnite doložiť dátumy preventívnych prehliadok, ako aj výsledky onkocytológií.

Dátum: _____

Pečiatka a podpis:

