

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 a podľa § 51 Občianskeho zákonníka medzi:

ÚDAJE O PACIENTOVI:

Meno, priezvisko, titul poistenca:

Rodné číslo:

Číselný kód zdravotnej poisťovne:

Miesto trvalého pobytu:

Miesto prechodného pobytu:

ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI PACIENTA:

Meno, priezvisko, titul:

Miesto trvalého pobytu:

Telefón:

e-mail:

a

POSKYTOVATEĽOM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

MUDr. Miroslava Palonder Sopková

sídlo: Záporožská 257/12, 851 01 Bratislava

mobil: 0905/ 602 344

kód lekára: A78848007

e-mail: info@mudrazebra.sk

kód ambulancie: P16408008201

od dátumu:

Predchádzajúcim lekárom bol:

Mudr.

telefón:

so sídlom:

od dátumu:

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

v

dňa:

.....
podpis odborného zástupcu poskytovateľa
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatka

.....
podpis poistenca/zákonného zástupcu