

**ADRESÁT:**

**Vec: Odstúpenie od DOHODY**

**PODPÍSANÁ:**

**Meno pacientky :** .....

**Rodne číslo :** .....

**Poistovňa :** .....

Na základe §12 ods. 1 zákona č. 576/2004Z.z. mám s Vami uzavretú dohodu o poskytovaní zdrav. starostlivosti. V zmysle § 12 ods. 9 odstupujem od tejto dohody a žiadam o zaslanie zdravotnej dokumentácie alebo rovnopisu zo zdravotnej dokumentácie, s uvedením dátumu poslednej preventívnej prehliadky, na adresu:

Gynekologická ambulancia - Gynkomed s.r.o

MUDr. Miroslav Kotek

*Roľnícka 1, 83107 Bratislava - Vajnory*

---

V .....dňa.....

.....

podpis pacientky

Súhlasím s uzavretím dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a súhlasím s prevzatím pacientky do zdravotnej starostlivosti .

