

**DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

uzavretá v zmysle § 6, 7 zákona č. 277/1994 Z.z.

Kód poisťovne: 

praktický lekár pre dospelých	praktický lekár pre deti a dor.	gynekológ	stomatológ
----------------------------------	------------------------------------	-----------	------------

**POISTENEC**

\*\*\*

rodné číslo: 

poistenec: .....

trvalý pobyt\*: .....

**Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**s **MUDr. Helga Závodníková**č. tel.: **055 / 680 24 58**miesto výkonu: **MEDIPRO PLUS, s.r.o.**

od dátumu: .....

**Rastislavova 786/45, 040 01 Košice**

Mojim predchádzajúcim lekárom bol:

MUDr. .... č. tel.: .....

so sídlom: ..... od dátumu: .....

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.  
Týmto nie je súčasne dotknutý nárok na § 16 ods. a - d Liečebného poriadku.

Dátum: ..... Podpis poistenca: .....  
(zákonného zástupcu)

**LEKÁR**

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára:

  -  - 

Kód ambulancie:

**Kód PZS:**

Dátum: ..... Podpis a pečiatka lekára: .....