

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 (ďalej len „zákon č. 576/2004“) medzi

Priezvisko Meno

Rodné číslo Zdrav. poisťovňa

E-mail Telefón

Trvale bytom

(ďalej len ako „poistenec“) a

Rozvojová agentúra Banskobystrického samosprávneho kraja n.o. – detská ambulancia Detva, so sídlom Nám. SNP č.14585/1, 974 01 Banská Bystrica, prevádzka ambulancie J.G.Tajovského 5, PLK, Detva IČO: 51 744 422, zapísanou v registri neziskových organizácií vedenom Okresným úradom Banská Bystrica dňa 22.05.2018 pod registračným číslom OVVS/NO-7/2018, za ktorú koná JUDr. Gabriela Bieliková; (ďalej len ako „poskytovateľ“).

Poskytovateľ sa touto Dohodou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Dohoda“) zaväzuje v súlade s ustanoveniami zákona č. 576/2004 poskytovať poistencovi zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, Dohoda sa uzatvára na dobu neurčitú. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že ak poistenec nie je ku dňu uzatvorenia Dohody poistencom verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, Dohoda nadobudne účinnosť vznikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Účinnosť Dohody zaniká zánikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že každý účastník tejto Dohody je oprávnený túto Dohodu kedykoľvek vypovedať aj bez uvedenia dôvodu písomnou výpoveďou doručenou druhému účastníkovi tejto Dohody; v prípade výpovede zaniká táto Dohoda prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhému účastníkovi tejto Dohody.

Poistenec vyhlasuje, že v uplynulých 6 mesiacoch neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným všeobecným lekárom, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že jeho vôľa pri uzatváraní Dohody je slobodná, vážna a bez omylu.

Dátum

Podpis poistenca /
zákonného zástupcu


Podpis lekára

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko Meno.....

Rodné číslo

v súlade s § 12 ods. 9 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 týmto **odstupujem** od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

(meno doterajšieho všeobecného lekára)

(adresa doterajšieho všeobecného lekára/ambulancie)

Dátum

Podpis poistenca /
zákonného zástupcu