

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: **Gynekologická ambulancia, MUDr. Matúš Chuda, Líšče údolie č. 57, 842 31 Bratislava 4.**

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

Dátum: _____

Pečiatka a podpis:

