

**ODSTÚPENIE
OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Meno, priezvisko, titul:	
Dátum narodenia:	
Adresa bydliska:	

v súlade s § 12 odst. 9 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

o d s t u p u j e m

týmto od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú som uzatvorila poskytovateľom zdravotnej starostlivosti:

.....
uved'te názov/meno a priezvisko doterajšieho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (gynekológa)

.....
uved'te adresu doterajšieho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (gynekológa)

a zároveň týmto žiadam o zaslanie zdravotnej dokumentácie alebo výpisu z nej s uvedením dátumu poslednej preventívnej prehliadky na adresu: **MEDMEDICALKLINIK a. s., gynekologická ambulancia – MUDr. Darina Šoukalová, Ošadnica 236, 023 01 Ošadnica.**

Som si vedomá, že v súlade s § 12 odst. 10 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov táto Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zanikne prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, ktorom som doručila písomné odstúpenie.

V, dňa:

.....
podpis pacientky