

**DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

Kód poisťovne

<del>praktický lekár pre dospelých</del>	praktický lekár pre deti a dor.	gynekológ	stomatológ
--	---------------------------------	-----------	------------

**POISTENEC**

rodné číslo

poistenec: .....

trvalý pobyt\*: .....

prechodný pobyt\*\*\*: .....

**Uzavieram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

s MUDr. MICHALOM PATOČKOM č. tel. /

so sídlom JABOVNÁ 671 od dátumu 1.11.2018

Mojim predchádzajúcim lekárom bol v mieste trvalého\* - prechodného\* pobytu

MUDr. / č. tel. /

so sídlom / od dátumu /

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom.

V LOZORNE Dátum .....

Podpis poistenca (zákonného zástupcu): \_\_\_\_\_

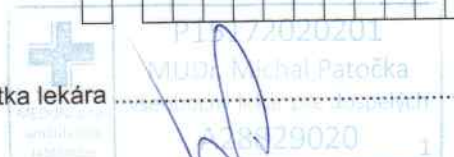
**LEKÁR**

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára:

Kód ambulancie:

Dátum: 16.10.2018 Podpis a pečiatka lekára M



\* Nehodiace sa prečiarknite  
 \*\* Číslo preukazu poistenca / identifikácia poistenca  
 \*\*\* Vyplniť iba v prípade prechodného pobytu