

Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

uzavretá v zmysle § 12 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov

Kód poisťovne všeobecný lekár pre deti a dorast

POISTENEC

rodné číslo

meno: tel. mama:
adresa: tel. otec:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

rodné číslo

meno:
email:

uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s **Chrenka Branislav, MUDr., MHA** č. tel. 02/52 62 70 75
Pediatrica Trnávka, s.r.o. od datumu:
miesto výkonu **Pavlovičova 3, 821 04 Bratislava**

mojim predchádzajúcim lekárom bol

MUDr. č. tel.
miesto výkonu od dátumu

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.

Dátum _____ podpis zákonného zástupcu _____

LEKÁR

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára

A55172008

Kód PZS

P33303008201

Dátum _____ podpis a pečiatka lekára _____

Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

uzavretá v zmysle § 12 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov

Kód poisťovne všeobecný lekár pre deti a dorast

POISTENEC

rodné číslo

meno: tel. mama:
adresa: tel. otec:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

rodné číslo

meno:
email:

uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

s **Chrenka Branislav, MUDr., MHA** č. tel. 0252627075
Pediatrica Trnávka, s.r.o. od datumu:
miesto výkonu **Pavlovičova 3, 821 04 Bratislava**

mojim predchádzajúcim lekárom bol

MUDr. č. tel.
miesto výkonu od dátumu

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.

Dátum _____ podpis zákonného zástupcu _____

LEKÁR

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára

A55172008

Kód PZS

P33303008201

Dátum _____ podpis a pečiatka lekára _____