**Odstúpenie od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

Podpísaný- podpísaná :

............................................................................................................................................................

Meno, dátum narodenia, adresa bydliska, zdravotná poisťovňa

V súlade s §12 ods.9 Zákona NR SR 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

**Odstupujem**

Týmto od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

...............................................................................................................................................................

poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

S poďakovaním za doterajšiu starostlivosť.

V Košiciach..................................... ......................................................

podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V zmysle §23 ods. 1 vyššie citovaného zákona žiadam o odovzdanie zdravotnej dokumentácie alebo jej rovnopisu do siedmich dní od vyžiadania na adresu :

FANMED, s.r.o.

MUDr. Štefánia Ružičková, MHA

Kukučínova 23

040 01 Košice

S úctou