**DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

uzatvorená podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004“) medzi

**Priezvisko**....................................................**Meno.**...........................................

**Rodné číslo**.................................................**Zdrav.poisťovňa** .........................................................

Email............................................................**Telefón.**..............................................................

Trvale bytom.............................................................................................................................

Prechodné bydlisko....................................................................................................................

Zamestnávateľ........................................(ďalej len ako „poistenec“) a spoločnosťou **Cardio Clinic s.r.o.**, so sídlom Rosná 18, 04001 Košice, Slovenská republika, IČO: 47626429, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Košice I, oddiel Sro, vložka č. 43113/V, za ktorú koná MUDr.Eva Rošková, PhD, MBA, konateľ; (ďalej len ako „**poskytovateľ**“).

**Vyhlásenie pacienta:** Vyhlasujem, že v uplynutých 6 mesiacoch som sa neprihlásil do trvalej starostlivosti iného lekára. Všetky údaje v tomto tlačive sú pravdivé.

V Košiciach dňa: .................. Podpis občan (zákonného zástupcu)..............................

**Vyhlásenie lekára:** Pacienta preberám do starostlivosti od MUDr. ........................................................................Preberám pacienta do starostlivosti dňom , keď zdravotná poisťovňa (ZP) pacienta akceptuje túto dohodu.Za akceptáciu ZP sa považuje poukázanie prvej kapitačnej platby za poistenca.

Podpis a pečiatka zvoleného lekára: MUDr.Rošková Eva, PhD, MBA...................................

**ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

**Priezvisko** ……………………………………………… **Meno**………………………………………………..

**Rodné číslo** …………………………………………….

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

**odstupuje** od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

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

(meno doterajšieho všeobecného praktického lekára)

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

(adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie)

Dátum Podpis poistenca