

## 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“)

### POISTENEC

Priezvisko .....

Meno .....

Rodné číslo .....

Zdravotná poisťovňa .....

Telefón .....

Trvalý pobyt .....

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s AdelaMed s.r.o., s miestom výkonu Drietoma 79, 913 03 Drietoma od dátumu .....

Mojim predchádzajúcim lekárom bol/bola ..... Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.

Zmluva nadobúda platnosť a účinnosť od prvého dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jej podpise.

Dátum .....

Podpis osoby (zákonného zástupcu) .....

### LEKÁR

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

AdelaMed s.r.o.

IČO: 57297916

Kód a meno lekára: A98362020, MUDr. Adela Križanová

Kód ambulancie: P05137020201

Podpis a pečiatka lekára .....