

ODSTÚPENIE
OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

podľa § 12 ods. 17 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

Dolu podpísaný/á

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Bytom:

v súlade s § 12 ods. 17 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

ODSTUPUJEM

od Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú mám uzavretú s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno:

IČO:

Sídlo:

Druh zdravotníckeho zariadenia:

Miesto prevádzky:

V, dňa

.....

podpis