

PRE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA  
PRE ZDRAVOTNÚ POISŤOVŇU  
PRE OSOBU, KTORÁ UZATVÁRA DOHODU

## DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Kód poisťovne:

Všeobecný lekár pre dospelých	Všeobecný lekár pre deti a dorast	Gynekológ	Zubný lekár
----------------------------------	--------------------------------------	-----------	-------------

POISTENEC

\*\*

Rodné číslo:

č. tel.:

email:

Titul, meno a priezvisko:

Trvalý pobyt:\*

Prechodný pobyt:\*\*\*

**Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom NOVAMED VLD, s.r.o.**

MUDr. Dominika Kubániová

č. tel.:

so sídlom NOVAMED VLD, s.r.o., Bernolákova 12, 974 05 Banská Bystrica

od dátumu:

Mojim predchádzajúcim lekárom bol v mieste trvalého \* - prechodného \* pobytu

MUDr.

č. tel.:

so sídlom:

od dátumu:

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom tej istej odbornosti.

V

Dátum:

Podpis osoby (zákonného zástupcu):.....

---

**LEKÁR**

Akceptujem návrh poisťenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

**Kód lekára: A98630020**

**Kód ambulancie: P62305020201**

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:

\* Nehodí sa prečiarknite

\*\* Číslo preukazu poisťenca/identifikácia poisťenca

\*\*\* Vyplniť iba v prípade prechodného pobytu

Vyplňte, vytlačte 3x a podpíšte