

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:

Titul, meno a priezvisko:

Trvalý pobyt:*

Prechodný pobyt:***

Uzavíram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom NOVAMED, s.r.o.

MUDr. Ján MACEJKA

č. tel.:

so sídlom NOVAMED, s.r.o., Bernolákova 10, 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: A49677009

Kód ambulancie: N22951009202

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:

* Nehodí sa prečiarknite

** Číslo preukazu poisťenca/identifikácia poisťenca

*** Vyplniť iba v prípade prechodného pobytu