

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., BRUSNO**

MUDr. MÁRIA KUNIAKOVÁ

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: A70619020

Kód ambulancie: P62305020202

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:

* Nehodiace sa prečiarknite

** Číslo preukazu poisťenca/identifikácia poisťenca

*** Vyplniť iba v prípade prechodného pobytu

Vyplňte, vytlačte 3x a podpíšte