

Vážený/á/ pán/pani doktor/ka/

Vec: Odstúpenie od dohody

Podpísaná .....  
nar.: .....  
bytom: .....  
tel.:.....

Na základe § 12 ods.1 zák.č.576/2004 Z.z. a neskorších predpisov mám s Vami uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V zmysle § 12 ods. 9 zák.č.576/2004 Z.z. a neskorších predpisov bez uvedenia dôvodov odstupujem dnešným dňom ..... od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Zároveň vás žiadam o vyradenie z evidencie a vydanie zdravotnej dokumentácie /fotodokumentácie pre spoločnosť GPN s.r.o.,Partizánska 27, 811 03 Bratislava, s označením dátumu poslednej preventívnej prehliadky .

Meno nového zmluvného lekára/ky v GPN s. r. o:

.....

V Bratislave, dňa.....

.....  
vlastnoručný podpis