

FORMULÁR

MUDr. Ján Reháč, Gynekologicko-pôrodná ambulancia; MUDr. Ján Reháč, s.r.o. Májová ul. 1582,
Čadca 022 01; Tel.č. +421

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko a Meno:

Rodné číslo:

V súlade s právnymi predpismi ODSŤUPUJEM od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
uzatvorenej s doterajším poskytovateľom:

.....

(meno a adresa doterajšieho zmluvného gynekológa)

dátum: podpis poistenyne:

Prosím o vyradenie pacientky z Vašej evidencie a zaslanie opisu zdravotnej dokumentácie s dátumom
poslednej preventívnej gynekologickej prehliadky a posledných dvoch výsledkov cytologického steru.

Ďakujem.