

ODSTÚPENIE

od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

(podľa §12 ods. 9 zákona SR č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)

Dolu podpísaný/á

meno a priezvisko:

rodné číslo:

bytom:

v súlade s §12 ods. 9 zákona SR č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov týmto odstupujem od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzavretej s poskytovateľom:

meno a priezvisko:

adresa:

V, dňa

.....

podpis