

**Odstúpenie od dohody
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

Dolupodpísaný poistenec (resp. zákonný zástupca dieťaťa):

Meno a priezvisko:.....

Rodné číslo dieťaťa:.....

Bydlisko dieťaťa:

Poist'ovňa dieťaťa.....

v súlade s odsekom 10 § 12 zákona SR č. 662/2007 z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

odstupujem

týmto od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

Deti a dorast s.r.o., Tbiliská 6, 831 06 Bratislava

Dňa: podpis poistenca (zákonného zástupcu).....

odsek 10 § 12 zákona SR č. 662/2007 z.z.

Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zaniká smrťou osoby, smrťou alebo zánikom poskytovateľa alebo po doručení písomného odstúpenia od dohody prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bolo doručené písomné odstúpenie od dohody.