

Žiadosť o poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie

Dolupodpísaný poistenec:

Meno a priezvisko:.....

Rodné číslo dieťaťa:.....

Bydlisko dieťaťa:

Poist'ovňa dieťaťa.....

žiadam

týmto o poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

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

Potvrdzujem, že som sa oboznámil s cenníkom poskytovateľa a sumu za výpis zo zdravotnej dokumentácie na vlastnú žiadosť pri jeho prevzatí uhradím.

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