

## DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI.

**Vypíše poistenec :**

Rodné číslo	
Meno a priezvisko	
Adresa	
Zdravotná poisťovňa	
Telefónne číslo	
Mojim predchádzajúcim lekárom bol	MUDr.

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.

Uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s MUDr. Lucia Gajdošová / Karaba s.r.o. /, č. tel. +421337794118 s miestom výkonu Chtelnica, Nám.1.mája 1, 92205 alebo Vrbové , poliklinika , J. Zigmundíka 1, 92203, od dátumu:

Dátum: .....

Podpis poistenca (zákonného zástupcu): .....

---

**Vypíše lekár :**

Akceptujem návrh poistenca na uzavretie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Kód lekára A79310020

Kód ambulancie P39802020201

Dátum, podpis a pečiatka lekára