



DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

uzavretá v zmysle §12 ods. 1 zákona 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov

Priezvisko:	Meno:
Rodné číslo:	Zdrav. poisťovňa:
Adresa trvalého pobytu:	
Zákonný zástupca:	
Email:	Telefón:

uzatváram dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s

MUDr. Miloš Kuriačka

Všeobecná ambulancia pre deti a dospelých

Jánošíkova 7/B, Senec 90301

(LH med s.r.o. sídlo Clementisova 1483/24, Bernolákovo 90027)

LEKÁR

Akceptujem návrh poistenca na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Dátum:

podpis a pečiatka lekára