

**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 (údaje pacienta):

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 (údaje o doterajšom všeobecnom lekárovi pre deti a dorast):

meno a priezvisko: .....

adresa: .....

V ....., dňa .....

.....  
podpis pacienta /  
zákonného zástupcu pacienta