

# ODSTÚPENIE OD DOHODY



Vážený pán doktor/Vážená pani doktorka .....

Ja, dolupodpísaný/á .....

narodený/á ..... mám s Vami na základe §12 odsek 1 zákona číslo 576/2004 Z. z.  
a neskorších predpisov uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V zmysle znenia §12 odseku 9 odstupujem ku dňu ..... od dohody o poskytovaní ZS  
a žiadam Vás o vydanie zdravotnej dokumentácie pre spoločnosť OBGYN s. r. o., Ambulancia všeobecného  
lekára pre dospelých MUDr. Drábová Daniela, Pavlovičova 3, Bratislava 821 04, s označením dátumu  
poslednej preventívnej prehliadky z dôvodu výkazníctva pre ZP. Zároveň Vás žiadam, aby ste ma  
k uvedenému dátumu **odhlásili zo stavu kapítovaných pacientov.**

Dňa: .....

.....  
podpis pacienta