

DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

uzatvorená podľa zákona 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 (ďalej len „zákon č. 576/2004“) medzi

Priezvisko Meno

Rodné číslo Zdrav. poisťovňa

E-mail Telefón

Trvale bytom

(ďalej len ako „poistenec“) a

spoločnosťou **Praktická Ambulancia, s. r. o.**, so sídlom Kopčianska 8, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47 057 271, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sro, vložka č. 87837/B, za ktorú koná JUDr. Ondrej Šestina, konateľ, Ing. Marek Balážik, konateľ a Ing. Maroš Ďurik, konateľ; (ďalej len ako „poskytovateľ“).

Poskytovateľ sa touto Dohodou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Dohoda“) zaväzuje v súlade s ustanoveniami zákona č. 576/2004 poskytovať poistencovi zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené vo Všeobecných podmienkach poskytovateľa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Všeobecné podmienky“) a poistenec túto zdravotnú starostlivosť a tieto služby prijíma a akceptuje Všeobecné podmienky. Všeobecné podmienky sú neoddeliteľnou súčasťou tejto Dohody a poistenec svojím podpisom na tejto Dohode potvrdzuje, že sa pred podpísaním tejto Dohody so Všeobecnými podmienkami riadne oboznámil, súhlasí s nimi a akceptuje ich. Aktuálne znenie Všeobecných podmienok je uverejnené na webovom sídle poskytovateľa www.praktickaambulancia.sk.

Dohoda sa uzatvára na dobu neurčitú. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že ak poistenec nie je ku dňu uzatvorenia Dohody poistencom verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, Dohoda nadobudne účinnosť vznikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Účinnosť Dohody zaniká zánikom verejného zdravotného poistenia poistenca v Slovenskej republike. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že každý účastník tejto Dohody je oprávnený túto Dohodu kedykoľvek vypovedať aj bez uvedenia dôvodu písomnou výpoveďou doručenou druhému účastníkovi tejto Dohody; v prípade výpovede zaniká táto Dohoda prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhému účastníkovi tejto Dohody.

Poistenec vyhlasuje, že v uplynulých 6 mesiacoch neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným všeobecným lekárom pre dospelých, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že jeho vôľa pri uzatváraní Dohody je slobodná, vážna a bez omylu.

Vyberte si ambulanciu:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Banská Bystrica - Kuzmányho 19, 974 01 Banská Bystrica, tel. 048/6195858, bb@praktickaambulancia.sk |
| <input type="checkbox"/> | Petržalka - Kopčianska 8, 851 01 Bratislava, tel: 02/6224 0154, petrzalka@praktickaambulancia.sk |
| <input type="checkbox"/> | Račianska - Račianska 26 F, 831 02 Bratislava, tel.: 02/4319 3044, racianska@praktickaambulancia.sk |
| <input type="checkbox"/> | Ružinov - Seberíniho 1, 821 03 Bratislava, tel: 02/5262 3316, ruzinov@praktickaambulancia.sk |
| <input type="checkbox"/> | Trnava - Piešťanská 3, 917 01 Trnava, tel: 033/32 49 555, trnava@praktickaambulancia.sk |
| <input type="checkbox"/> | Žilina – Poštová 1, 010 08 Žilina, tel.: 041/516 65 10, zilina@praktickaambulancia.sk |
| <input type="checkbox"/> | Prešov – Námestie Legionárov 1, Prešov, tel.: 051/ 321 64 07, presov@praktickaambulancia.sk |

.....
Dátum

.....
Podpis poistenca

.....
Praktická Ambulancia, s. r. o.

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko Meno.....

Rodné číslo

v súlade s § 12 ods. 9 zákona 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, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

.....
(meno doterajšieho všeobecného praktického lekára)

.....
(adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie)

.....
Dátum

.....
Podpis poistenca