

# DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

RNP: 2561

Meno a priezvisko: KELBEL Pavol

Rodné číslo: 350325/0000

Rodinný príslušník:

Rodné číslo:

Trvalé bydlisko pacienta: Košická 3

821 06 Bratislava

Prechodné bydlisko pacienta:

Zamestnávateľ pacienta:

Názov a sídlo poskytovateľa MUDr. František ZUBÁR

zdravotnej starostlivosti: Súkromná zubná ambulancia

Bratislavská 18

040 01 Košice

Kód lekára: B12345001

Kód ambulancie: O12345016201

Prevzal som pacienta do starostlivosti od: \_\_\_\_\_

## PREHLÁSENIE PACIENTA

*Prehlasujem, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.  
Tým nie je súčasne dotknutý nárok na §16 ods. a-d Liečebného poriadku.  
Súhlasím s priplácaním za výkony podľa cenníka tejto ambulancie.*

## PREHLÁSENIE LEKÁRA

*Akceptujem návrh poistenca na uzavretie tejto Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti*

Dátum uzavretia dohody: 14.11.2008

\_\_\_\_\_ podpis pacienta alebo zák. zástupcu

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis lekára

# DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

RNP: 2561

Meno a priezvisko: KELBEL Pavol

Rodné číslo: 350325/0000

Rodinný príslušník:

Rodné číslo:

Trvalé bydlisko pacienta: Košická 3

821 06 Bratislava

Prechodné bydlisko pacienta:

Zamestnávateľ pacienta:

Názov a sídlo poskytovateľa MUDr. František ZUBÁR

zdravotnej starostlivosti: Súkromná zubná ambulancia

Bratislavská 18

040 01 Košice

Kód lekára: B12345001

Kód ambulancie: O12345016201

Prevzal som pacienta do starostlivosti od: \_\_\_\_\_

## PREHLÁSENIE PACIENTA

*Prehlasujem, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu s iným lekárom.  
Tým nie je súčasne dotknutý nárok na §16 ods. a-d Liečebného poriadku.  
Súhlasím s priplácaním za výkony podľa cenníka tejto ambulancie.*

## PREHLÁSENIE LEKÁRA

*Akceptujem návrh poistenca na uzavretie tejto Dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti*

Dátum uzavretia dohody: 14.11.2008

\_\_\_\_\_ podpis pacienta alebo zák. zástupcu

\_\_\_\_\_ pečiatka a podpis lekára