

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 a podľa § 51 Občianskeho zákonníka medzi

Pacient (meno a priezvisko):

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Trvalý pobyt:

Zákonný zástupca:

Dátum narodenia zákonného zástupcu:

Email:

Telefón:

(ďalej len „**Pacient**“)

a

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti: **Detská ambulancia Lastovička s.r.o.**

Pracovisko: Balkánska 53, 851 10 Bratislava-Rusovce

IČO: 55 950 167

kód PZS: P80669008201

Kontakt: +421 948 156 870

mail: info@ambulancialastovicka.sk

V zastúpení: MUDr. Lenka Vojtasová, MUDr. Zuzana Pospíchalová, MUDr. Kristína Gulbišová

(ďalej len „**Poskytovateľ**“)

Predchádzajúci všeobecný lekár pacienta:

Adresa pracoviska:

Mail alebo telefónne číslo:

Záverečné ustanovenia

1. Táto dohoda sa uzatvára na dobu neurčitú.
2. Táto dohoda je vyhotovená v dvoch exemplároch, pričom jeden obdrží Pacient a jeden Poskytovateľ.
3. Práva a povinnosti zmluvných strán sa riadia platnými právnymi predpismi a všeobecnými zmluvnými podmienkami, ak ich má ambulancia zverejnené na svojom webovom sídle alebo v priestoroch ambulancie.
4. Zmluvné strany vyhlasujú, že si zmluvu prečítali, rozumejú jej obsahu a vyhlasujú, že vyjadruje ich skutočnú vôľu na znak čoho ju podpisujú.
5. Dohoda nadobúda platnosť a účinnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami.

Vyhlasujem na svoju česť, že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným lekárom tej istej odbornosti.

Podpis zákonného zástupcu

Podpis a pečiatka poskytovateľa

V _____ dňa _____

