

# 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. Juraj Lalík, 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](http://www.praktickaambulancia.sk).

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:

  
  

**Petržalka** - Kopčianska 8, 851 01 Bratislava, tel: 02/6224 0154, [petrzalka@praktickaambulancia.sk](mailto:petrzalka@praktickaambulancia.sk)

**Ružinov** - Seberínho 1, 821 03 Bratislava, tel: 02/5262 3316, [ruzinov@praktickaambulancia.sk](mailto:ruzinov@praktickaambulancia.sk)

**Trnava** - Piešťanská 3, 917 01 Trnava, tel: 033/32 49 555, [trnava@praktickaambulancia.sk](mailto:trnava@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