

**ODSTÚPENIE**  
**od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

podľa § 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

Dolu podpísaný/á

meno a priezvisko: .....

rodné číslo: .....

bytom: .....

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 uzavretej s poskytovateľom:

meno a priezvisko: .....

adresa: .....

V ....., dňa .....

.....  
podpis