



Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

Ul. Vojtecha Spanyola č. 43

012 07 Žilina

Vec

**Oznámenie o odstúpení od Zmluvy o výbere lekára – operátéra/pôrodníka/anestéziológa**

Dole podpísaný/-á

Titul, meno, priezvisko:.....,

dátum narodenia: ....., rodné číslo: .....,

Trvale bytom: .....,

Zdravotná poisťovňa/kód: .....

(ďalej len „pacient“)

Vám týmto oznamujem, že odstupujem od Zmluvy o výbere lekára – operátéra/pôrodníka/anestéziológa č. .... uzatvorenej dňa ..... medzi mnou ako pacientom – prijímateľom služby a Vami ako poskytovateľom služby, a to: **bez udania dôvodu/z nasledujúceho dôvodu:\***

Na základe tohto odstúpenia žiadam podľa článku 5 “Zmluvy o výbere lekára – operátéra/pôrodníka/anestéziológa o vrátenie uhradenej sumy v plnej výške.

V Žiline dňa .....

.....  
podpis pacienta/zákonného zástupcu

**\*Nehodiace sa prečiarknite**