



Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina

Ul. Vojtecha Spanyola č. 43

012 07 Žilina

Vec

Oznámenie o odstúpení od Zmluvy o výbere pôrodnej asistentky

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 pôrodnej asistentky 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 pôrodnej asistentky o vrátenie uhradenej sumy v plnej výške.

V Žiline dňa

.....
podpis pacienta/zákonného zástupcu

***Nehodiace sa prečiarknite**