

**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

---

**Vážený/á/ pán -pani doktor/ka** .....

Dolu podpísaná :

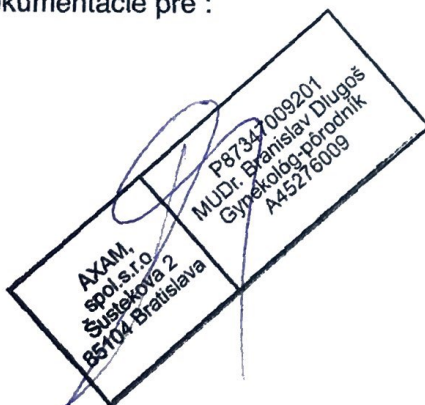
**Meno a Priezvisko:** .....

**Rodné číslo:** .....

bytom: .....

na základe § 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 a žiadam o vydanie zdravotnej dokumentácie pre :

**AXAM, spol. s.r.o**  
**MUDr. Branislav Dlugoš**  
**Šustekova 2**  
**85104 Bratislava**



dňa .....

.....  
Podpis