



FAKULTNÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU F.D. ROOSEVELTA BANSKÁ BYSTRICA  
Námestie L. Svobodu 1, 975 17 BANSKÁ BYSTRICA, SR

Príloha č. 17/2 k S - A - 39

Odstúpenie od .....

**Zmluvné strany:**

**Pacient -klient:**

Podpísaná/ý

(titul, meno a priezvisko): .....

Trvale bytom: .....

Zastúpená/ý zákonným

zástupcom (titul, meno, priezvisko ): .....

číslo OP alebo inej identifikačnej karty: .....

a

**Poskytovateľ:**

Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica

Zastúpená: MUDr. Michalom Bucekom, riaditeľom

Adresa : Nám. L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica

IČO: 00 165 549

Číslo účtu: 7000278282/8180

Týmto odstupuje – Pacient -klient / Poskytovateľ od „Zmluvy o .....

..... a to bez udania dôvodu / z dôvodu <sup>1</sup>:

..... Na základe tohto odstúpenia bude podľa Článku II „Zmluvy o ....." vrátená pacientovi - klientovi záloha v plnej výške do 15 dní po podpísaní žiadosti – **Odstúpenie od**

V Banskej Bystrici, dňa .....

.....  
podpis pacienta - klienta  
alebo zákonného zástupcu

.....  
pečiatka a podpis lekára

.....  
pečiatka a podpis prednostu /primára/

<sup>1</sup> nehodiace sa, prečiarknite