



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

Príloha č. 17/1 k S - A - 39

Žiadosť o

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

na, v predpoklad. termíne:

a žiadam ako lekára (titul, meno, priezvisko):

Som si vedomý/á a beriem na vedomie, že táto žiadosť môže byť zrealizovaná len v prípade, ak s ňou vysloví súhlas žiadaný lekár a prednosta/primár, za podmienky, že s FNsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica uzatvorím **Zmluvu o**
a táto nadobudne účinnosť:

.....
dátum

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

Závazne súhlasím a rešpektujem Zmluvu o

.....
dátum

.....
pečiatka a podpis lekára

Potvrdzujem, že vzhľadom na predpokladané podmienky **SÚHLASÍM/ NESÚHLASÍM¹**,
aby žiadaný lekár odvedol výkon:

.....
dátum

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

¹ nehodiace sa, prečiarknite