**DOHODA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**

**uzatvorená** podľa 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 (ďalej len „zákon č. 576/2004“) **medzi**

**Priezvisko .............................................................. Meno .............................................Titul ..................**

**Rodné číslo ............................................................Zdrav. poisťovňa .......................................................**

**E-mail .......................................................................................................................................................**

**Telefón .....................................................................................................................................................**

**Trvale bytom ...................................................................................................................................................................** (ďalej len ako „**Poistenec**“)

 **a**

spoločnosťou **MED-ADULT, s. r. o.**, so sídlom Beniakova 26, 841 05 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35908815, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sro, vložka č. 33944/B, za ktorú koná MUDr. Iveta Malíková, MPH (ďalej len ako „**Poskytovateľ**“).

Poskytovateľ sa touto Dohodou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Dohoda“) zaväzuje v súlade s ustanoveniami zákona č. 576/2004 poskytovať poistencovi zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené vo Všeobecných podmienkach poskytovateľa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb, súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „**Všeobecné podmienky**“) a poistenec túto zdravotnú starostlivosť a tieto služby prijíma a akceptuje Všeobecné podmienky. Všeobecné podmienky sú neoddeliteľnou súčasťou tejto Dohody a poistenec svojím podpisom na tejto Dohode potvrdzuje, že sa pred podpísaním tejto Dohody so Všeobecnými podmienkami riadne oboznámil, súhlasí s nimi a akceptuje ich. Aktuálne znenie Všeobecných podmienok je uverejnené na webovej stránke poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: www.medadult.sk.

Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že každý účastník tejto Dohody je oprávnený túto Dohodu kedykoľvek vypovedať a to aj bez uvedenia dôvodu formou písomnej výpovede, doručenej druhému účastníkovi tejto Dohody; v prípade výpovede zaniká táto Dohoda prvým dňom kalendárneho mesiaca, nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhému účastníkovi tejto Dohody.
Poistenec vyhlasuje, že v uplynulých 6 mesiacoch neuzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s iným všeobecným lekárom pre dospelých, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a že jeho vôľa pri uzatváraní Dohody je slobodná, vážna a bez omylu.

**Dátum ...................... Podpis poistenca ...........................................**

Dátum .......................... Podpis poskytovateľa........................................

**MED-ADULT s.r.o, korešpondenčná adresa ambulancií:**

1. **M. Sch.Trnavského 8,** Bratislava 841 01, telefón: 02/43330413, e-mail: medadult@medadult.sk
2. **Líščie údolie 57,** Bratislava 842 31, telefón: 02/65423101, e-mail:medadult@medadult.sk