



Žiadosť o výber lekára – operátora / pôrodníka / angiológa / anesteziológa

Podpísaný/á (meno, priezvisko):

dátum narodenia:, trvalo bytom:

zastúpený/á zákonným zástupcom (meno, priezvisko):

dátum narodenia:, trvalo bytom:

(ďalej aj len ako „*žiadateľ*“) týmto žiadam Fakultnú nemocnicu Trenčín, Legionárska 28, 911 71 Trenčín, IČO: 00 610 470 (ďalej aj len ako „*Poskytovateľ*“) o zabezpečenie lekára - operátora / pôrodníka / angiológa / anesteziológa* pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pri plánovanom zákroku vo Fakultnej nemocnici Trenčín, za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti pri plánovanom zákroku:

.....

na klinike/oddelení/ambulancii: v predpokladanom termíne:

....., a na vykonanie uvedeného plánovaného zákroku žiadam lekára (titul, meno, priezvisko, špecializácia):

Beriem na vedomie, že uvedený plánovaný zákrok na základe tejto žiadosti môže byť zrealizovaný len v prípade, ak s ňou vysloví súhlas mnou žiadaný lekár a primár príslušnej kliniky/oddelenia, resp. námestník pre zdravotnú starostlivosť Poskytovateľa, a za podmienky, že s Poskytovateľom uzatvorím Zmluvu a uhradím odplatu za zabezpečenie všetkých služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vybraným lekárom pri plánovanom zákroku vo výške podľa Cenníka platených služieb Poskytovateľa.

V Trenčíne, dňa

Podpis žiadateľa (zákonného zástupcu žiadateľa):

Súhlas lekára – operátora / pôrodníka / angiológa / anesteziológa*: **Súhlas primára oddelenia / kliniky*, resp. námestníka pre zdravotnú starostlivosť*:**

súhlasím / nesúhlasím*

súhlasím / nesúhlasím*

podpis: _____

podpis: _____

* Hodiace sa podčiarknite (zakrúžkujte)