

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**

Rodné číslo **Zdrav. poisťovňa**

E-mail **Telefón**

Trvale bytom

(ďalej len ako „*poistenec*“) a

Ambulanciou všeobecného lekára, spoločnosťou **MEDICOMP Košice s. r. o.**, so sídlom Letná 45, 04 001 Košice, Slovenská republika, IČO: 36 203 874, zapísanou v Obchodnom registri Okresného súdu Košice II, oddiel Sro, vložka č. 12189/V, za ktorú koná MUDr. Matej Šajty, PhD, MPH, MBA, konateľ (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. Poistenec svojím podpisom na tejto Dohode potvrdzuje, že sa pred podpísaním tejto Dohody so Všeobecnými podmienkami riadne oboznámil, súhlasí s nimi a akceptuje ich. Poskytovateľ a poistenec sa dohodli, že každý účastník tejto Dohody je oprávnený túto Dohodu kedykoľvek vypovedať aj bez uvedenia dôvodu písomnou výpoveďou doručenou 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.

Poistenec je povinný poskytnúť Poskytovateľovi svoje osobné údaje v rozsahu, ktorý je potrebný na dosiahnutie účelu spracúvania definovaného v tejto Dohode. Poskytnutie osobných údajov je zmluvnou požiadavkou, resp. požiadavkou, ktorá je potrebná na uzavretie Dohody. V prípade, ak Poistenec neposkytne Poskytovateľovi svoje osobné údaje, nie sú vytvorené predpoklady pre uzavretie príslušného zmluvného vzťahu. Právnym základom spracúvania osobných údajov Poistenca pre účely plnenia tejto zmluvy je ust. článku 6 bod 1. písm. b) nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a voľnom pohybe takýchto údajov s nadväznosťou na ust. § 13 ods. 1 písm. b) zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov (ďalej len „zákon č. 18/2018 Z.z.“), t.j. **spracúvanie osobných údajov je nevyhnutné na plnenie zmluvy, ktorej zmluvnou stranou je dotknutá osoba, alebo na vykonanie opatrenia pred uzatvorením zmluvy na základe žiadosti dotknutej osoby.**

Poistenec zároveň vyhlasuje, že

- všetky údaje, ktoré uviedol pri uzatváraní tejto dohody Poskytovateľovi sú pravdivé;
- bol poučený o právach vyplývajúcich z ust. § 21 - § 27 zákona č. 18/2018, najmä nie však výlučne, že bol riadne poučený o práve požadovať od Poskytovateľa prístup k osobným údajom týkajúcich sa jeho osoby, o práve na opravu osobných údajov, o práve na vymazanie osobných údajov, o práve na obmedzenie spracúvania jeho osobných údajov, ako aj o práve na prenosnosť osobných údajov, o práve namietať spracovanie osobných údajov,

Dátum

Podpis poistenca

Ambulancia všeobecného lekára, MEDICOMP Košice s.r.o.

ODSTÚPENIE OD DOHODY O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Priezvisko

Meno.....

Rodné číslo

v súlade s § 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, uzatvorenej s doterajším poskytovateľom

.....
(meno doterajšieho všeobecného praktického lekára)

.....
(adresa doterajšieho všeobecného praktického lekára/ambulancie)

Dátum

Podpis poistenca