



•
•
Žilinský samosprávny kraj
odbor zdravotníctva
Komenského 48
011 09 Žilina
•
•

V dňa

Vec: Žiadosť o pridelenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Meno a priezvisko žiadateľa:

Trvalé/prechodné bydlisko žiadateľa:

Dátum narodenia žiadateľa:

Zdravotná poisťovňa žiadateľa:

Tel. kontakt na žiadateľa:

Lekár, ktorý má byť pridelený (všeobecný pre deti a dorast, všeobecný pre dospelých, gynekológ, zubný lekár):

.....

Dôvod pridelenia lekára:

.....

.....

.....
Podpis žiadateľa