

Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti spoločnosti DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s. ("DÓVERA")

Podľa § 42 ods. 1 až 3 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a podľa § 88 ods. 1 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

žiadam

o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti - stomatólogom ("príspevok").

Údaje o poistencovi (vypíňa poistenec)

Meno a priezvisko poistenca:		Rodné číslo:	
Telefón:		E-mail:	
Bydlisko:		PSČ:	
Č. bankového účtu:			
IBAN: <small>Medzinárodné číslo bankového účtu</small>			

Dátum

Podpis poistenca

Podporné a servisné centrum:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
Cintorínska 5
949 01 Nitra

Fakturačné údaje:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.
IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130
iČ DPH: SK2022051130
Kód poisťovne: 24

Kontaktné informácie:

Zákaznícka linka: 0800 150 155
E-mail: poskytovatel@dovera.sk
www.dovera.sk

