

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Žiadosť o prešetrenie postupu zdravotnej poisťovne / vykonanie dohľadu nad dodržiavaním zákona zdravotnou poisťovňou

podľa zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Identifikácia žiadateľa

- Fyzická osoba
- Právnická osoba

Fyzická osoba

Meno Priezvisko

Právnická osoba

Obchodné meno / Názov IČO
Meno a priezvisko osoby oprávnenej konať za PO

Adresa pobytu žiadateľa / Adresa sídla žiadateľa

Ulica Číslo
PSČ Obec
Štát

Vzťah k poistencovi

Identifikácia poistenca

Meno Priezvisko

Dátum narodenia

Adresa pobytu poistenca

Ulica Číslo
PSČ Obec

Štát

Identifikácia zdravotnej poisťovne, ktorej postup žiadate prešetriť

Názov zdravotnej poisťovne

Adresa sídla zdravotnej poisťovne

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Štát

Dohliadané obdobie

Obdobie mesiac/rok, v ktorom malo dôjsť k porušeniu zákona

Od

Do

Predmet žiadosti

Stručný, chronologický popis udalostí, ktoré majú byť predmetom prešetrenia/dohľadu, s uvedením dátumov

Dátum a popis udalostí

Iné skutočnosti

V

Dňa

_____ podpis žiadateľa