



## Žádost pojištěnce o ukončení registrace u poskytovatele zdravotních služeb

Příjmení, jméno, titul: ..... Rodné číslo (číslo pojištěnce): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adresa trvalého bydliště: .....

..... PSČ: 

--	--	--	--	--

telefon, mobil, e-mail: .....

datová schránka: .....

### Žádost pojištěnce o ukončení registrace u (vyberte z níže uvedených):

zubního lékaře (název) .....

všeobecného praktického lékaře (název) .....

praktického lékaře pro děti a dorost (název) .....

gynekologa .....

z důvodu

.....  
.....

Za shora uvedeného nezletilého pojištěnce žádost podává zákonný zástupce:

Příjmení, jméno, titul: ..... Rodné číslo (číslo pojištěnce): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adresa trvalého bydliště: .....

..... PSČ: 

--	--	--	--	--

telefon, mobil, e-mail: .....

datová schránka: .....

Touto žádostí na sebe přejímám následky nepravdivosti údajů, které jsem uvedl(a).

Jsem si vědom(a), že touto žádostí zaniká nárok navštěvovat výše jmenovaného poskytovatele a registrace u něj bude ukončena.

**Datum:** ..... **Podpis:** .....

