



Fakultná nemocnica s poliklinikou  
F. D. Roosevelta Banská Bystrica  
Námestie L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica, SR



## Odstúpenie od .....

**Poskytovateľ:** Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta

Banská Bystrica

Sídlo: Nám. L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica

Zastúpený: .....

IČO: 00 165 549

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

IBAN: SK3581800000007000278282

BIC/SWIFT: SPSRSKBA

(ďalej len „**Poskytovateľ**”)

a

**Objednávateľ:**

Meno a priezvisko: .....

Zákonný zástupca: .....

Adresa: .....

Dátum narodenia: .....

Č. OP: .....

(ďalej len “**Objednávateľ**” alebo “**Pacient**” a spolu s Poskytovateľom ďalej len „**Zmluvné strany**”)

Týmto odstupuje – Pacient / Poskytovateľ od „Zmluvy o .....

..... a to bez udania dôvodu / z dôvodu <sup>1</sup>:

..... Na základe tohto odstúpenia bude v zmysle  
„Zmluvy o .....

.....“ vrátená pacientovi  
záloha v plnej výške do 15 dní po podpísaní tohto **Odstúpenia**.

V Banskej Bystrici, dňa .....

.....  
podpis pacienta

.....  
pečiatka a podpis lekára

.....  
podpis poskytovateľa

<sup>1</sup> nehodiace sa, prečiarknite