

Meno a priezvisko žiadateľa, adresa

Adresa zdravotnej poisťovne

Vec: Odvolanie proti rozhodnutiu Zdravotnej poisťovne (názov poisťovne) č. zo dňa

Dolupodpísaný (á), štátny občan SR, podávam týmto odvolanie proti rozhodnutiu Zdravotnej poisťovne (názov poisťovne) č., ktoré mi bolo doručené dňa Svoje odvolanie odôvodňujem nasledovným:

Popis dôvodov pre odvolanie sa.

Týmto Vás chcem ešte raz požiadať o opätovné prehodnotenie mojej žiadosti.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem!

V, Dátum Podpis