

ŽIADOSŤ O VZÁJOMNÝ ZÁPOČET POHĽADÁVOK

podľa § 580 zákona č. 40/1964 Zb. v znení neskorších predpisov (Občianskeho zákonníka)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno:
Sídlo:
IČO:
IČ DPH:
Bankové spojenie:
Číslo účtu:
Zastúpený:

(ďalej len „poskytovateľ zdravotnej starostlivosti“)

Žiada o vzájomný zápočet pohľadávok za obdobie od _____ do _____ (v prípade vystaveného výkazu nedoplatkov uviesť jeho číslo)
v úhrnej výške _____ EUR s Faktúrou za poskytnutú zdravotnú starostlivosť č. _____ za obdobie _____.

V
dňa:
podpis poistenca/osoby oprávnenej konať v mene poistenca

Dátum prevzatia zdravotnou poisťovňou:
meno, priezvisko, podpis zamestnanca Union zdravotnej poisťovne, a.s.

* UPOZORNENIE

Zápočet sa nevzťahuje na poistné vymáhané v exekučnom konaní.

Zápočet je jednorazový a nebude vykonávaný automaticky pri vzniknutom nedoplatku.