

POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

Datum:

Podpisani/a: _____

Rojen/a: _____

Naslov: _____

Kontakti:

Telefonska številka: _____, Številka mobilnega telefona: _____

Elektronska pošta: _____

Prosim, da se moja zdravstvena dokumentacija iz (ambulante) _____

v obliki (označi):

- zdravstveni karton
 fotokopijo zdravstvenega kartona
 fotokopijo ostale zdravstvene dokumentacije _____

posreduje naslovníku:

Ime in priimek fizične osebe/ gospodarska družba/ zavoda

Naslov: _____

Podpis: