

**VLOGA ZA POSREDOVANJE ZDRAVSTVENEGA KARTONA
OB MENJAVI OSEBNEGA ZDRAVNIKA**

Podpisani (ime in priimek):* _____

Rojen/a:* _____

Naslov: * _____

Kontakti: Telefon: _____, GSM: _____; e-pošta: _____

Opombe:* podatki so obvezni

želim, da se moj ZDRAVSTVENI KARTON ob menjavi osebnega zdravnika

posreduje naslovniku:

Ime in priimek, /podjetje, /zavod _____

Naslov: _____

Pošta: _____

Datum: _____

Podpis: _____