

	<p>Obrazec</p> <p>VLOGA ZA POSREDOVANJE ZDRAVSTVENEGA KARTONA OB MENJAVI OSEBNEGA ZDRAVNIKA</p>	<p>Oznaka dokumentov: OB VOP 08</p> <p>Stran od strani: 1/1</p> <p>Velja od: 14.02.2023</p> <p>Izdaja: 01</p> <p>EKN: 0165 (A)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 naslovníku:

Ime in priimek, /podjetje, /zavod: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Pošta: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_