



**ZA AMBULANTO/DISPANZER/SLUŽBO \_\_\_\_\_**

---

**IME IN PRIIMEK VLAGATELJA:**

**IME IN PRIIMEK POOBLAŠČENCA:**  
(ko vlagatelj ni lastnik zdr. dokumentacije)

**NASLOV:**

**KONTAKTNI PODATKI (tel. št.):**

**Prosim, da posredujete zdravstveni karton oz. zdravstveno dokumentacijo za:**

---

**na naslov:**

**IME IN PRIIMEK ZDRAVNIKA:**

**NASLOV ZDRAVSTVENE USTANOVE:**

**POŠTA IN POŠTNA ŠTEVILKA:**

**KRAJ IN DATUM:**

**PODPIS:**

**Priloga:**