

VLOGA ZA POSREDOVANJE ZDRAVSTVENEGA KARTONA OB MENJAVI OSEBNEGA ZDRAVNIKA

Podpisana (ime in priimek): _____

Rojena: _____

Naslov: _____

Kontakti: Telefonska številka: _____; e-pošta: _____

Izbrani ginekolog v UKC Maribor: _____

**želim, da se moj ZDRAVSTVENI KARTON ob menjavi osebnega zdravnika posreduje
naslovniku:**

Ime in priimek ginekologa/ginekologinje: _____

Podjetje/zavod: _____

Naslov: _____

Datum: _____

Podpis: _____

Izpolni ustanova

Kartoteka odposlana dne: _____

Podpis izvajalca, ki je kartoteko odpremil: _____