**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_