ЗАХТЕВ ЗА ИСПИСИВАЊЕ ДЕЧИЈЕГ КАРТОНА

ДОМ ЗДРАВЉА АЛИБУНАР

Ми доле потписани родитељи сагласни смо да се здравствени картон за наше дете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ради промене места лечења упутите на следећу адресу:

Дом здравља: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лекар: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Саглсност дали:

Отац \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мајка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 име и презиме име и презиме

Адреса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЈМБГ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ОТАЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Мајка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_