ЗАХТЕВ ЗА ИСПИСИВАЊЕ КАРТОНА

ДОМ ЗДРАВЉА АЛИБУНАР

Молим, да се мој здравствени картон који се налази код др \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нa име \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ради промене места лечења

(име и презиме пацијента)

упутите на следећу адресу:

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

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

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

Подносилац захтева

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_