

**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 naslovníku:

Ime in priimek, /podjetje, /zavod \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Pošta: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_