



Pooblastilo za prevzem receptov, napotnic ali drugih dokumentov

Spodaj podpisani/a _____

rojen/a v _____ dne _____

POOBLAŠČA

spodaj omenjenega/o _____

rojenega/o v _____ dne _____ za

prevzem naslednjih dokumentov:

(kraj in datum)

Pooblastitelj

(čitljiv podpis)