

ZDRAVSTVENI DOM NOVO MESTO

KANDIJSKA CESTA 4, 8000 NOVO MESTO, TEL.: /07/ 39 16 703, FAX: /07/ 33 22 116

E-POŠTA: INFO@ZD-NM.SI

WWW.ZD-NM.SI



**ZDRAVSTVENI
DOM
NOVO MESTO**

Št. zad.: _____

»ZAHTEVA ZA VPOGLED OZ. IZDAJO DOKUMENTACIJE« ZA

IME IN PRIIMEK:

ROJEN:

 . .

STANUJOČ:

TEL. ŠT./EL. NASLOV
(neobvezno)

Izbrani osebni zdravnik

Naprošam za dokumentacijo (npr. izvid, kopijo kartoteke od... do...):

Dne:

Podpis:

**(izpolni osebje Zdravstvenega doma Novo mesto)
ODOBRITEV FOTOKOPIJ**

Število fotokopij:	A4 kopije:	A3 kopije:
--------------------	------------	------------

Datum: _____

Datum: _____

Datum: _____

Predlagatelj:

Odobritev:

Realiziral:
