

ДОМ ЗДРАВЉА ВРШАЦ

Датум:

Број:

ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ЗДРАВСТВЕНОГ КАРТОНА

Молим да ми се изда здравствени картон бр: _____ који се

налази у служби _____

Картон ми је потребан ради _____

Молим да ми се здравствени картон службеном пренесе у

(назив здравствене установе)

Подносилац молбе _____

(име и презиме)

ЈМБГ _____

Бр.ЛК _____

Адреса _____

Контак телефон _____

Потпис _____