

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE O ČASU ODSOTNOSTI Z DELA ZARADI OPRAVLJENE

ZDRAVSTVENE STORITVE (izpolni pacient)

Zavarovana oseba _____ (Ime, Priimek, datum rojstva)

izjavljam, da sem bil zaradi zaradi zdravstvene obravnave pri izvajalcu zdravstvene storitve

_____ dne: _____, od dela odsoten v času od _____ do _____ ure.

Datum:

Podpis pacienta: