POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA

Potvrđujem da _____
(ime i prezime)

rođen/a _____, **s prebivalištem u** _____

1. NE BOLUJE OD KRONIČNIH I PSIHIČKIH BOLESTI

2. IMA POTVRĐENE SLIJEDEĆE KRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

_____

_____

_____

_____

3. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLIJEDEĆE LIJEKOVE:

_____

_____

_____

_____

PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:

_____

_____

_____

_____
(žig i potpis doktora medicine)

MP