

POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA

Potvrđujem da _____ rođen/a _____
(ime i prezime)

s prebivalištem u _____

1. NE BOLUJE OD KRONIČNIH BOLESTI

2. NE BOLUJE OD PSIHIČKIH BOLESTI

3. IMA POTVRĐENE SLIJEDEĆE KRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

4. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLIJEDEĆE LIJEKOVE:

PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:

MP

(žig i potpis doktora medicine)