

## 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)