

NAPOTNICA ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE NA KLINIKI GOLNIK

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

OSEBNI NMP _____
 NADOMESTNI NAPOTNI _____ številka zdravnika

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)
_____ (poštna številka) _____ (kraj)

(telefonska številka*)

(e-pošta*)

UNIVERZITETNA KLINIKA GOLNIK –
LABORATORIJ ZA

NAROČENE PREISKAVE

KRAJ _____ DNE _____ ŽIG _____
(podpis zdravnika)

DATUM IN URA ODVZEMA _____

VZOREC _____

NAPOTNICA ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE NA KLINIKI GOLNIK

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

OSEBNI NMP _____
 NADOMESTNI NAPOTNI _____ številka zdravnika

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)
_____ (poštna številka) _____ (kraj)

(telefonska številka*)

(e-pošta*)

UNIVERZITETNA KLINIKA GOLNIK –
LABORATORIJ ZA

NAROČENE PREISKAVE

KRAJ _____ DNE _____ ŽIG _____
(podpis zdravnika)

DATUM IN URA ODVZEMA _____

VZOREC _____

