

**NAPOTNICA ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE
NA KLINIKI GOLNIK**

078001

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

_____ (naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

OSEBNI NMP _____ številka zdravnika
 NADOMESTNI NAPOTNI

_____ (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 _____

OBR 801-019: 1/26. 1. 2012