

VLOGA ZA ZAVRNITEV/POJASNILO RAČUNA

Vlagatelj

Ime in priimek/naziv

Naslov

Kontakt (telefon, e-naslov,...)

Podatki o računu/storitvi

Številka računa

Datum opravljene storitve

Kraj opravljene storitve/ambulanta

Opombe vlagatelja

V/na dne,

Podpis vlagatelja

Podpisano vlogo in OBVEZNO kopijo računa z prilogami pošljite priporočeno na naslov ZDRAVSTVENI DOM TOLMIN, Prešernova ulica 6a, 5220 Tolmin ali na el. naslov reklamacije@zd-tolmin.si. Vlagatelj bo odgovor prejel najkasneje v roku 14 dni od datume prejema vloge.