

POOBLASTILO ZA IZBIRO OSEBNEGA ZDRAVNIKA

Spodaj podpisani/a _____,

stanujoč na naslovu _____,

roj. _____,

pooblaščam _____,
da zame opravi izbiro osebnega zdravnika.

Za svojo osebno zdravnico želim izbrati Majo Fortunat, dr. med., spec. druž. med., v
Zdravstvenem domu Tolmin.

Kraj in datum: _____

Lastnoročni podpis: _____

Pooblastilu je potrebno priložiti:

- osebni dokument in kartico zdravstvenega zavarovanja osebe, ki se želi opredeliti
- dokazilo o nezmožnosti osebnega prihoda (starost nad 80 let ali nepokretnost)
- dokazilo o ožjem sorodstvu ali zakonitem zastopstvu pooblaščene osebe