**Za upravičence zdravstvenega regresa ZZZS!**

**Prosimo izpolnite:**

Zdravstvena delovna organizacija:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZDRAVNIŠKO POTRDILO

Priimek in ime otroka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rojen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namen izdaje potrdila: POTRDILO

Osnovni anamnestični podatki in podatki o rezultatu zdravniškega pregleda ter mnenje v zvezi z namenom uporabe zdravniškega potrdila:

IZ ZDRAVSTVENIH RAZLOGOV PRIPOROČAMO LETOVANJE NA MORJU V ORGANIZACIJI Medobčinskega društva prijateljev mladine Sežana.

Ime in priimek zdravnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zdravnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ žig:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_