

Priimek in Ime

Naslov in številka

Poštna številka in pošta

EMŠO: _____, št. Zdravstvene kartice: _____,

Tvoje mesto, 01.09.2018

Naslov Zdravstvenega doma osebnega zdravnika

Naslov in številka

Poštna številka in pošta

POSREDOVANJE ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE

Spoštovani,

Prosim vas da, posredujete moj zdravstveni karton z vsemi izvidi na naslov:

Naslov Zdravstvenega doma, kjer boste opravljali kontrolni zdravniški pregled

Naslov in številka

Poštna številka in pošta

Zdravstveno dokumentacijo potrebujejo zaradi kontrolnega zdravniškega pregleda na podlagi 85. člena Zakona o voznikih (ZVoz-1).

Zdravstveno dokumentacijo pošljite po pošti kot priporočeno pošiljko s povratnico ali po kurirski službi v zaprti kuverti z oznako zaupno.

Po opravljenem pregledu vam bodo zdravstveno dokumentacijo vrnili na enak način.

Hvala za sodelovanje in lep pozdrav.

Ime in priimek

Podpis: _____