

PRILOG 2

Naziv zdravstvene ustanove: _____

POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA

Potvrđujem da _____ rođen/a _____,
(ime, ime oca i prezime)
s prebivalištem/boravištem u _____, po zanimanju

1. NE BOLUJE OD HRONIČNIH I PSIHIČKIH BOLESTI

2. IMA POTVRĐENE SLJEDEĆE HRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

3. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLJEDEĆE LIJEKOVE:

4. NAPOMENA:

PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:

Za tačnost podataka sadržanih u ovoj potvrdi odgovoran je potpisnik iste.

Mjesto i datum sačinjavanja:

MP

(pečat i potpis doktora medicine)