

**VLOGA ZA POSREDOVANJE ZDRAVSTVENEGA KARTONA OB MENJAVI OSEBNEGA GINEKOLOGA**

**Podpisana (ime in priimek):\*** \_\_\_\_\_

**Rojena:\*** \_\_\_\_\_

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

**Kontakti: Telefon:** \_\_\_\_\_ **e-pošta:** \_\_\_\_\_

Opomba: \* obvezni podatki

**želim , da se moj ZDRAVSTVENI KARTON ob menjavi osebnega ginekologa posreduje naslovniku:**

**AMBULANTA RODNA**

**Škofjeloška cesta 6**

**4000 Kranj**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Podpis:** \_\_\_\_\_