



МОЛБА ЗА УВИД И КОПИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ

Име и презиме пацијента _____

ЈМБГ _____

Адреса становања _____

Број личне карте _____

Период боравка у Специјалној болници за рехабилитацију _____

Објекат и број собе _____

Разлог молбе за увид у здравствену документацију _____

Датум:

Потпис подносиоца захтева
