

Številka _____

REVERZ

Podpisani _____ (ime in priimek) potrjujem, da sem danes,

dne _____ za zavarovano osebo _____

od

1. Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije -

Območne enote _____ izpostava _____

2. Pooblašcene pravne osebe _____ (naslov in naziv)

prevzel v uporabo

pripomoček _____ šifra _____,

predpisan z naročilnico št. _____ z dne _____.

Seznanjem sem z navodili proizvajalca oziroma izposojevalca o pravilni uporabi pripomočka ter z obveznostjo iz Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 79/94), da je zavarovana oseba dolžna pripomoček vrniti sama ali njeni sorodniki, če ga ne bi več potrebovala ali bi ta zanjo postal neuporaben zaradi anatomskih oziroma funkcionalnih sprememb.

(žig in podpis izposojevalca)

(prevzemnik)

POTRDILO

(naziv izposojevalca)

potrjujemo, da je _____ danes, dne _____
(ime in priimek)

vrnil pripomoček _____ šifra _____,

ki je bil dan v uporabo zavarovani osebi _____

na podlagi naročilnice št. _____ z dne _____.