

IZJAVA O PREKINITVI IZBIRE:

- 1- OSEBNEGA ZDRAVNIKA
- 2- OSEBNEGA PEDIATRA
- 3- OSEBNEGA ZOBOZDRAVNIKA
- 4- OSEBNEGA GINEKOLOGA

1 - IZVAJALEC	
ŠTEVILKA IZVAJALCA	ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI
(naslov izvajalca)	

0020006

2 - ZAVAROVANA OSEBA	
(številka zavarovane osebe)	(datum roj.)
(zavar. podlega)	(enota ZZS zavarovanja)
M - 1 Ž - 2	
(primek)	
(ime)	
(ulica)	
(pošta)	KRAJ

3 - PREKINITVI IZBIRO	
a) mojega zdravnika	b) zdravnika mojega otroka
(primek zdravnika)	
(ime zdravnika)	
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA	
VZROK PREKINITVE	
Pobudo za prekinitve je dal:	
a) zdravnik	b) zavarovana oseba

podpis zdravnika podpis predsednika ZK I (pogojno)

Kraj _____ datum _____

podpis zavarovane osebe ali pooblaščenca osebe

Založnik: **ZZS** (porazec KZ-2/01)

PONATIS PREPOVEDAN

0016 23-027-3-05-0