

Številka _____

REVERZ

Podpisani _____ (ime, priimek, datum rojstva) potrjujem, da sem danes,

dne _____ za zavarovano osebo _____

od _____

1. Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije -

Območna enota _____ izpostava _____

2. Pooblaščne pravne osebe _____ (naslovi in naziv)

☐ - prevzel v uporabo ☐ - si izposodil do _____ (datum - DDMMLLLL)

pripomoček _____ šifra _____

predpisan z naročilnico št. _____ z dne _____

Seznanjen sem z navodili proizvajalca oziroma izposojevalca o pravilni uporabi pripomočka. V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja bom pripomoček vrnil, če ga ne bom več potreboval, ali bi ta zame postal neuporaben zaradi anatomskega oziroma funkcionalnega sprememba oziroma, ko bo potekel rok izposoje. V primeru, da pripomočka ne bi mogel vrniti sam, ga bo vrnil sorodnik.

_____ (ime in priimek, rojstni datum, naslov)

_____ (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 _____

_____ (podpis prejemnika)