

PRILOG 3

POTVRDA IZABRANOG LIJEČNIKA

Potvrđujem da _____ rođen/a _____
(ime i prezime)

s prebivalištem u _____

1. NE BOLUJE OD KRONIČNIH I PSIHIČKIH BOLESTI

2. IMA POTVRĐENE SLJEDEĆE KRONIČNE I PSIHIČKE BOLESTI:

3. UZIMA POVREMENO ILI STALNO SLJEDEĆE LIJEKOVE:

PUNA ADRESA ORDINACIJE I TELEFON:

(žig i potpis doktora medicine)

MP