

I Z J A V A

*Spodaj podpisani zdravnik/zobozdravnik _____,
specialist _____, delujoč v ordinaciji
(ime ordinacije) _____ s koncesijo
iz področja _____ na
naslovu _____ sem, v primeru
zadostnega števila kolegov, ki bodo storili enako, pripravljen prekiniti sodelovanje
z ZZZS pri oskrbi svojih pacientov.*

Žig ordinacije

Kraj in datum
