

PODACI O ZDRAVSTVENOJ ISKAZNICI DJETETA

IME I PREZIME: _____

ADRESA STANOVANJA: _____

KUĆNI TELEFON: _____

BROJEVI MOBITELA - MAJKE: _____

OCA: _____

BROJ OSIGURANE OSOBE: _____

OSNOVA OSIGURANJA _____

IME I PREZIME PEDIJATRA: _____

BROJ ZDRAVSTVENOG KARTONA _____

BROJ TELEFONA AMBULANTE PEDIJATRA: _____

→ uz ispunjen upitnik potrebno je priložiti presliku zdravstvene iskaznice i kartona procjepljenosti djeteta