



ОПШТА БОЛНИЦА ВРШАЦ  
Вршац, ул. Абрашевићева 66

## ЗАХТЕВ ЗА КОПИРАЊЕ МЕДИЦИНСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ

Име и презиме пацијента \_\_\_\_\_

ЈМБГ \_\_\_\_\_

Адреса становања \_\_\_\_\_

Број личне карте \_\_\_\_\_

Период боравка у Општој болници Вршац \_\_\_\_\_

Одељење / Служба \_\_\_\_\_

Разлог захтева за копирање медицинске документације \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Број копираних страница \_\_\_\_\_

Датум:

\_\_\_\_\_

Потпис подносиоца захтева

\_\_\_\_\_