



ОПШТА БОЛНИЦА ВРШАЦ
Вршац, ул. Абрашевићева бб

ЗАХТЕВ ЗА УВИД У МЕДИЦИНСКУ ДОКУМЕНТАЦИЈУ

Име и презиме пацијента _____

ЈМБГ _____

Адреса становања _____

Број личне карте _____

Период боравка у Општој болници Вршац _____

Одељење / Служба _____

Разлог захтева за увид у медицинску документацију _____

Датум:

Потпис подносиоца захтева
