Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Miklošičeva cesta 24

1000 LJUBLJANA

Datum:­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zadeva: Vloga za odobritev izdaje Funkcionalnega stolčka

Spodaj podpisani starš/skrbnik otroka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rojenega leta\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

prosim za odobritev izdaje Medicinskega pripomočka - Funkcionalno ustreznega
stolčka.

Hvala in lep pozdrav.

Ime in priimek starša/skrbnika:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis starša/skrbnika:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_