

ZAHTJEV KORISNIKA ZA BOLNIČKU MEDICINSKU REHABILITACIJU I FIZIKALNU TERAPIJU

PODACI O KORISNIKU

IME	
PREZIME	
JMBG	
OIB	
PODACI O STATUSU:	
Hrvatski branitelj iz Domovinskog rata HRVI iz Domovinskog rata (navesti postotak oštećenja organizma, stalno / privremeno do kada)	
ADRESA STANOVANJA	
MJESTO STANOVANJA	
MOBITEL ILI TELEFON	
ZAHTJEV PODNOSIM ZA	a) Bolničku medicinsku rehabilitaciju
	b) Ambulantnu fizikalnu terapiju
	c) Fizikalnu terapiju u kući

potpis

Datum i mjesto