

ЗАЯВА ПРО РЕАЛІЗАЦІЮ ПРАВА НА РОЗШИРЕНИЙ ОБСЯГ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Заявник

Прізвище: _____ Ім'я: _____

Адреса місця проживання: _____

EMŠO: _____

Телефон: * _____ Ел. пошта: * _____

Відомості про законного представника або опікуна (у разі призначення опіки над заявником):

Прізвище: _____ Ім'я: _____

Адреса місця проживання: _____

Телефон: * _____ Ел. пошта: * _____

Відповідно до статті 45 Закону про тимчасовий захист переміщених осіб (Офіційний вісник Республіки Словенія, ...) реалізую право на розширений обсяг медичної допомоги.

_____ (місце і дата)

_____ (підпис заявника/опікуна)

Додатки (обведіть потрібне):

1. копії медичної документації;
2. інше: _____

* необов'язково