

FAKSIMILE

POTRDILO STANJA OVIRANOSTI OB PREDLOŽITVI ZAHTEVE ZA POOBLASTILO/PREKLIC ZAUPANJA VREDNI OSEBI ZA UPORABO SPLETNIH STORITEV

PODPISANI/A

Priimek Ime

Kraj rojstva Pokrajina Datum rojstva

Davčna številka

kot

splošni zdravnik Državne zdravstvene službe (SSN)

zdravnik v zdravstveni/rezidenčni ustanovi

Vpisan v pokrajinsko zbornico v s številko

potrjujem, ker sem to ugotovil na podlagi dokumentiranega posebnega kliničnega stanja, da je g./ga.:

Priimek Ime

Kraj rojstva Pokrajina Datum rojstva

Davčna številka

vpisan/a v seznam mojih pacientov

hospitaliziran/a, tudi le začasno, v omenjeni zdravstveni/rezidenčni ustanovi

onemogočen/a osebno obiskati kateri koli teritorialni urad Agencije za prihodke, da bi predložil/a zahtevo po pooblastilu/preklicu pooblastila zaupanja vredne osebe za uporabo spletnih storitev Agencije za prihodke.

Žig in podpis in Razločen podpis zdravnika, ki izstavi
certificiranje/potrdilo

Kraj in datum