

PODALJŠANJE STATUSA PPO V SISTEMU DISPEČERSKE SLUŽBE ZDRAVSTVA

Zap.št.	Ime in priimek ali naziv PPO	Naslov stalnega bivališča ali sedeža PPO	Veljavnost sporazuma do	Opombe
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

V/Na, dne

.....
(podpis pooblaščenih oseb izvajalca NMP ali PPO in žig)

Priloge: