

Izjavljam, da izvajalec PPO,

(ime in priimek oz. naziv PPO)

z naslovom

(točen naslov stalnega bivališča oz. naslov sedeža PPO)

ne izpolnjuje pogojev za opravljanje storitev PPO oziroma želi biti izpisan iz sistema PPO Dispečerske službe zdravstva.

Izpis prične učinkovati na 14. dan po prejemu s strani Dispečerske službe zdravstva.

V/Na, dne

.....
(podpis pooblaščenih oseb izvajalca NMP¹ ali PPO² in žig)

Priloge:

¹ V primeru, da PPO ne izpolnjuje pogojev za opravljanje storitev PPO v skladu s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči lahko DSZ o tem obvesti izvajalec NMP ali pooblaščen oseb PPO

² V primeru, da želi biti PPO izpisan iz sistema PPO na lastno željo o tem obvesti pooblaščen oseb PPO