



KIRURGIJA BITENC

Ambulantna dejavnost: Vilharjev podhod 1, 1000 Ljubljana
Operacije in akutna bolnišnična obravnava: Klinika Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik

Ime in priimek:

Datum rojstva:

IZJAVA

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen/a z dejstvom, da se na Kirurgiji Bitenc d.o.o., na **operativni poseg** _____ čaka preko najdaljše dopustne čakalne dobe, ki je določena s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63110) in sem kljub temu pripravljen/a čakati na to operacijo v naši ustanovi Kirurgija Bitenc d.o.o.

Datum:

Podpis pacienta: