

SOGLASJE

Podpisani/a _____roj. _____,

sem bil/a seznanjen/a, da čakalna doba v Specialistični parodontološki ambulanti Igličar za prvi specialistični pregled presega najdaljšo dopustno čakalno dobo določeno po Pravilniku o najdaljših dopustnih čakalnih dobah.

Ponujena mi je bila možnost izbire drugega specialista parodontologa z dopustno čakalno dobo.

STRINJAM SE, da se me uvrsti na čakalni seznam Specialistične parodontološke ambulante Igličar.

Želim, da me o terminih obveščate po (ustrezno izpolnite ali obkrožite):

- e-Pošta:** _____
- navadna pošta**

Datum:

Podpis: