

Številka pogodbe

Prekinitev pogodbe

Spodaj podpisani

Ime in priimek

prekinjam pogodbo s Prvo zdravstveno asistenco, za sklenjene pakete (samostojni, dodatni):

☐ v celoti

☐ le za dodatni paket (vpiši):

☐ le za družinskega člana (vpiši):

Ime in priimek

katere nosilec sem

Ime in priimek

Razlog za prekinitev (neobvezno)

Vrnjene izkaznice ☐ da ☐ ne

Datum podpisa odpovedi

Datum prejema odpovedi

Podpis

Prekinitev prejel