

PREKINITEV POGODBE št. _____

Spodaj podpisana/i _____

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

katere nosilec je _____

Prekinitev velja tudi za družinske člane:

Ime in priimek _____

Ime in priimek _____

Razlog za prekinitev (neobvezno)

Vrnjene izkaznice

da

ne

Datum podpisa odpovedi _____

Datum prejema odpovedi _____

Podpis _____

Prekinitev prejel: _____