

Ime in priimek:

Rojstni datum:

## IZJAVA

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen/a z dejstvom, da se v ortopedski ordinaciji Artros d.o.o., na **specialistični pregled** čaka preko najdaljše dopustne čakalne dobe, ki je določena s Pravilnikom o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 3/2018) in sem kljub temu pripravljen/a čakati na pregled.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis pacienta: \_\_\_\_\_

*OBR.73/17*