



dr.kral

gynekologická ambulancia

Meno pacientky:

Rodné číslo pacientky:

Číslo poisťovne:

Vzhľadom k žiadosti pacientky, o zmenu PZS, prosím o vyradenie z Vašej evidencie a zaslanie doterajšej dokumentácie, eventuálne jej kópie.

Ďakujem

Dátum:

Podpis pacientky:

