

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

IZJAVA

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen/a, da se v okulistični ambulanti Morela okulisti, d.o.o., Tehnološki park 21, 1000 Ljubljana, na operacijo SIVE MRENE čaka preko najdaljše dopustne čakalne dobe, ki je določena s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in sem kljub temu pripravljen/a čakati na operacijo.

Datum: _____

Podpis pacienta: _____