

Številka _____

REVERZ ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK

Podpisani _____
(ime, priimek, datum rojstva) potrjujem, da sem danes,
dne _____ za zavarovano osebo _____

(ZZSS številka)

1. od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije –

območna enota _____ izpostava _____

2. od pooblaščenih pravnih oseb _____
(naslov in naziv)

– si trajno izposodil

– si izposodil do _____
(datum – DDMMLLLL9)

pripomoček _____ šifra _____,

pripomoček _____ šifra _____,

pripomoček _____ šifra _____,

predpisan(i) z naročilnico št. _____ z dne _____.

Seznanjem sem z navodili proizvajalca oziroma izposojevalnice o pravilni uporabi pripomočka. V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja bom pripomoček vrnil, če ga ne bom več potreboval, ali bi ta zame postal neuporaben zaradi anatomskih oziroma funkcionalnih sprememb oziroma, ko bo potekel rok izposoje. V primeru, da pripomočka ne bi mogel vrniti sam, ga bo vrnil sorodnik.

(ime in priimek, rojstni datum, naslov)

(žig in podpis izposojevalca)

(prevzemnik)

POTRDILO

(naziv izposojevalca)

potrjujemo, da je _____ danes, dne _____
(ime in priimek)

vrnil pripomoček _____ šifra _____,

vrnil pripomoček _____ šifra _____,

vrnil pripomoček _____ šifra _____,

ki je bil dan v uporabo zavarovani osebi _____

na osnovi naročilnice št. _____ z dne _____.

(podpis prejemnika)