

UVERENJE/POTVRDA O TRUDNOĆI

Naziv ustanove ** _____

Ime i prezime* _____ JMBG (ili datum rođenja)* _____

PM** _____

VTP** _____

Potvrda se izdaje radi ostvarivanja prava na besplatan prevoz, izdavanja BusPlus personalizovane kartice.

Datum izdavanja potvrde/uverenja**

Pečat ustanove

Potpis i faksimil lekara (ginekologa) **

M.P.

* popunjava pacijent

** popunjava lekar