

Medic HOTEL

Arčoni 8a, 5292 RENČE

Tel. 00386 (0)5 33 10 720

E-mail: info@medichotel.com

PROŠNJA ZA ODPUST IZ INSTITUCIONALNEGA VARSTVA

UPORABNIK

1. IME IN PRIIMEK: _____

2. ROJEN(a) dne: _____

KRAJ in OBČINA ROJSTVA: _____

3. STALNO PREBIVALIŠČE: Ulica _____

Kraj: _____ Občina: _____ Pošta:

--	--	--	--	--

4. TELEFONSKA ŠTEVILKA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. ENOTNA MATIČNA ŠTEVILKA OBČANA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IZJAVLJAM, DA ŽELIM ODPUST IZ ZAVODA KJER SEM NASTANJEN. V ZAVOD SEM BIL SPREJET NA PODLAGI PROŠNJE ZA SPREJEM OZIROMA PREMESTITEV V INSTITUCIONALNO VARSTVO ŠT. _____, Z DNE _____ TER SKLENJENEGA DOGOVORA O IZVAJANJUSTORITEV ŠT. _____, Z DNE _____.

V _____, dne: _____

Podpis uporabnika _____

(zakonitega zastopnika oz. pooblaščenca)

oz.

Podpis drugega vlagatelja _____

(če prošnje ne vlaga uporabnik)

• **razmerje do uporabnika** _____

• **naslov** _____