

**KLINIČKA BOLNICA „SVETI DUH“**

**10000 ZAGREB, Sveti Duh 64**

**SLUŽBA ZA PRAVNE I KADROVSKE POSLOVE**

**Telefon: 4108-806**

**E-mail:** **med.dok@kbsd.hr**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ime i prezime podnositelja zahtjeva/srodstvo s pokojnikom)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(adresa)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(poštanski broj i mjesto)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(tel./ mob., e-mail adresa)**

**Zahtjev za nalaz obdukcije**

Molim Vas da mi izdate nalaz obdukcije za: pok.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

rođen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, preminuo/la dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (datum)

 Potpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

Prilog:

- (preslika osobne iskaznice, presliku dokaza o srodstvu (rodni list, vjenčani list, dokaz o skrbništvu...)