„

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ / АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

ПАЦИЕНТ ☐☐ (месец) ☐☐ (здравен район) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ЕГН (ЛНЧ) на пациента ☐ (пол м/ж)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐