

Evropska pravna fakulteta
Delpinova ulica 18b
5000 Nova Gorica



EVROPSKA
PРАВNA FAKULTETA

Potrdilo o opravljenem zobozdravstvenem pregledu

Potrjujemo, da je študent (ime in priimek) _____

z vpisno številko _____

dne _____ opravil sistematski pregled pri zobozdravniku:

Drusany Matej, dr. dent. med.

Izpolni zdravstveno osebje:

Kraj in datum: _____

Podpis: _____ (žig)