**POBUDA ZA DOLOČITEV MINIMALNIH ZAHTEV za MP**

**NAZIV IN NASLOV POBUDNIKA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTNA OSEBA POBUDNIKA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel. številka:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Elektronski naslov**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ŠIFRA VRSTE MP:** \_\_\_\_\_\_ **NAZIV MP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREDLOG MINIMALNIH ZAHTEV:**

**OBRAZLOŽITEV PREDLOGA (iz katere je razvidno, da je predlog v skladu z zdravstvenim stanjem, pri katerem ima zavarovana oseba pravico do te vrste MP):**