

ОБРАЗАЦ ИД БРОЈА
ПРИЈАВА/ ПРОМЕНА/ОДЈАВА У ЕВИДЕНЦИЈИ ИД БРОЈЕВА ЛЕКАРА



1. ИД број лекара
*попуњава филијал РФЗО/лекар

А Попуњава лекар

2. ☐ ПРИЈАВА ☐ ПРИВРЕМЕНА ☐ ПРОМЕНА ☐ ОДЈАВА ☐ ТРАЈНА		3. Датум
		4. Разлог одјаве:
5. Име лекара:	6. Презиме лекара:	7. ЈМБГ лекара
8. ЛБО лекара	9. Број телефона лекара:	10. Адреса лекара на којој прима пошту:
11. E-mail адреса лекара:	12. Број лиценце:	13. Радно место лекара:
14. Врста радног односа: неодређено време одређено време		14.1. Датум престанка радног односа:
15. Тип ИД броја I - др мед./др мед. спец. опште медицине, односно спец. мед. рада II - др мед. спец. педијатрије III - др мед. спец. гинекологије IV - доктор стоматологије V - за прописивање лекова на рецепт (за IБЦ и ХИВ) VI - за прописивање лекова на обрасцима N1 и N2	16. Изабрани лекар 16.1. ДА 16.2. НЕ	17. Звање након завршених основних студија доктор медицине доктор стоматологије 18. Назив специјалности: 18.1. Шифра специјалности (шифрарник специјалности налази се на полеђини обрасца)
19. Отисак штамбиља ИД броја		20. Потпис лекара: *потпис не сме прелазити оквир

Б Попуњава давалац услуга

21. Назив даваоца услуга код којег је лекар запослен:	22. ПИБ даваоца услуга:
23. Матични број даваоца услуга (здравствене установе):	24. Датум
25. Одговорно лице даваоца услуга:	
Потпис _____ *потпис не сме прелазити оквир (М.П.)	

В Попуња Републички фонд*за здравствено осигурање

26. Републички фонд* / филијала:	26.1. Шифра филијале РФЗО*	27. Усагласити штамбиљ ДА НЕ
28. Захтев одбачен - разлог непотпун нејасан нечитак	29. Захтев одобрен ДА НЕ	30. Датум
31. Одговорно лице филијале РФЗО* Потпис _____ *потпис не сме прелазити оквир (М.П.)	32. Одговорно лице дирекције РФЗО* Потпис _____ *потпис не сме прелазити оквир (М.П.)	