Образац ИИЛ

МЕМОРАНДУМ
ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Дел. број:_____
Датум:_____

У складу са чланом 152. став 2. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, 25/19), поступајући по налогу првостепене лекарске комисије филијале _____
(назив филијале)

за изјашњење по приговору осигураног лица _____ из
(име и презиме)

_____ ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(адреса)

на оцену, односно мишљење изабраног лекара _____
(име и презиме)

ИД број: ☐☐☐☐☐☐☐☐ у вези _____,
изабрани лекар

даје следеће

И З Ј А Ш Њ Е Њ Е

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

ДОСТАВИТИ
1.првостепеној
лекарској комисији

ИЗАБРАНИ ЛЕКАР

_____

(име, презиме, потпис и факсимил)