

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА

### Образец ИЛЖ

Испостава

**Првостепена лекарска комисија -**

Број:

Дана:

У складу са чланом 154. став 2. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, 25/19), поступајући по налогу другостепене лекарске комисије филијале

(назив филијале)

за изјашњење по приговору осигураног лица \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_

(име и презиме)

[illegible]

(адреса)

на оцену првостепене лекарске комисије број \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. године у вези

\_\_\_\_\_, првостепена лекарска

комисија

даје следеће

## ИЗЈАШЊЕЊЕ

[illegible]

ДОСТАВИТИ

1. другостепеној лекарској  
комисији

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

(ПОТПИС И ФАКСИМИЛ)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

(подпис и факсимил)