

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

Образац ОДД

Првостепена/другостепена лекарска комисија
Број:
Дана:

На основу члана 18. Правилника о организацији и раду лекарских комисија („Службени гласник

РС“, бр. __/__), поводом захтева _____ ЛБО:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(име и презиме)

_____, у поступку доношења оцено о _____
(адреса)

првостепена/другостепена лекарска комисија

налаже

ДОПУНУ МЕДИЦИНСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ

1. Потребно је извршити допуну медицинске документације у следећем:

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ:

3. Допуну је потребно доставити у року од _____ дана.
Уколико допуна не буде достављена у наведеном року првостепена/другостепена лекарска комисија
ће поступити у складу са чланом 18. став 3. Правилника о организацији и раду лекарских комисија.

ДОСТАВИТИ
1. осигураном лицу

М.П.

ПРВОСТЕПЕНА/ДРУГОСТЕПЕНА
ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)
3. _____
(потпис и факсимил)