

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

ОДО

Испостава _____

Првостепена/другостепена лекарска комисија -

Број:

Дана:

На основу члана 17. став 2. Правилника о организацији и раду лекарских комисија („Сл. гласник РС“, бр. __/__),
по захтеву Републичког фонда/матичне филијале првостепена/другостепена лекарска комисија доноси допуну
оцене број _____ од __.__.____. године, донету у поступку по захтеву осигураног лица

_____ ЛБО:

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

 из
(име и презиме)

(адреса)

ДОПУНА ОЦЕНЕ

ДОСТАВИТИ
-матичној филијали

М.П.

ПРВОСТЕПЕНА/ДРУГОСТЕПЕНА
ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА

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