

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА

Испостава _____

ОЛЖ - 4**Првостепена лекарска комисија -**

Број:

Дана:

На основу члана 148. став 1. тачка 8) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 25/19), првостепена лекарска комисија

даје следећу

ОЦЕНУ

1. Није сагласна да се осигурано лице _____ из _____
(име и презиме) (адреса)

ЛБО:

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

 упути на стационарно лечење у _____
(назив здравствене установе)

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(подпись и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор другостепеној лекарској комисији Филијале, ул. _____, може се изјавити у року од **три радна дана** од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.

НАПОМЕНА: За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређује садржај и обим права на здравствену заштиту и партиципација.