

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД*, ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА
ИСПОСТАВА _____
Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана: _____ 20 ____ г.

Образац ОЗ – 11 - ЛК

ПОТВРДА

**О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЉУ ОСТВАРИВАЊА
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

Упућује се _____
(презиме и име осигураног лица које се упућује)

Број здравствене књижице _____

ЛБО

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

ЈМБГ

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

у _____
(назив здравственог установа)

РАДИ:* а) АМБУЛАНТНО - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ПРЕГЛЕДА
б) СТАЦИОНАРНОГ ЛЕЧЕЊА

С обзиром на природу болести потребан је превоз следећим превозним средством

Пратилац је – није потребан _____

Потпис и факсимил
председника лекарске комисије

М П

*Одговарајуће слово заокружити

ПОДАЦИ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕГЛЕДУ - ЛЕЧЕЊУ

1. Датум _____	2. Датум _____	3. Датум _____	4. Датум _____
Време _____	Време _____	Време _____	Време _____
(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)
5. Датум _____	6. Датум _____	7. Датум _____	8. Датум _____
Време _____	Време _____	Време _____	Време _____
(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)
9. Датум _____	10. Датум _____	11. Датум _____	12. Датум _____
Време _____	Време _____	Време _____	Време _____
(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)	(потпис, факсимил и печат)

ОБРАЧУН ТРОШКОВА ПРЕВОЗА

За осигурано лице: 1. превоз од _____ до _____ и натраг дин. _____

За пратиоца: 1. превоз од _____ до _____ и натраг дин. _____

Укупно дин. _____
За исплату дин. _____

(словима динара: _____)

(име и презиме)

Датум _____ 20 ____ године

ПОТПИС ЛИКВИДАТОРА

ПОТПИС КОНТОЛОРА

Напомена: Сагласан сам да се трошкови превоза исплате на текући рачун број _____