

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРАЊЕ**
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

Број: _____
Дана: _____ 20____.г.

Образац ОЗ - 13

Филијала за _____ округ, решавајући по захтеву здравствене установе

(назив и адреса здравствене установе)

број _____ од _____ за сагласност на наставак лечења осигураног

лица _____
(име и презиме)

ЈМБГ

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

ЛБО

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

примљеног дана _____ као хитан случај, ван подручја матичне филијале, без упута
изабраног лекара, односно без овере лица које је овластио директор матичне филијале, са
дијагнозом _____

ОБАВЕШТАВА
здравствену установу

1. Да је сагласна са наставком лечења осигураног лица _____

2. Да није сагласна са наставком лечења осигураног лица из следећих разлога:

(име, презиме и потпис овлашћеног
лица у Филијали)

М.П.