
(здравствена установа)

Образац ПЗ

(место)

(број и датум)

ПОТВРДА

Осигураном лицу _____ из _____,
(име и презиме) (место)

_____, ЛБО _____,
(адреса)

број здравствене књижице/потврде _____,

здравствена установа _____ није могла
(назив здравствене установе)

да пружи здравствену услугу _____ у року
(назив здравствене услуге)

од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом изабраног лекара из следећих
разлога: _____

Потврда се издаје на основу Правилника о начину и поступку остваривања права из
обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС“ _____).

М.П.

(потпис директора здравствене установе,
односно овлашћеног лица)