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)

Д О П У Н А О Ц Е Н Е

ДОСТАВИТИ
-матичној филијали

ПРВОСТЕПЕНА/ДРУГОСТЕПЕНА
ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА

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

М.П.