РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

**Образац ИЛК**

Испостава _____

**Првостепена лекарска комисија -**
Број:
Дана:

У складу са чланом 154. став 2. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, 25/19), поступајући по налогу другостепене лекарске комисије филијале _____

(назив филијале)

за изјашљење по приговору осигураног лица _____ из

(име и презиме)

_____ ЛБО: | | | | | | | | | | | |

(адреса)

на оцену првостепене лекарске комисије број _____ од ____.____._____. године у вези _____, првостепена лекарска комисија

даје следеће

## И З Ј А Ш Њ Е Њ Е

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

ДОСТАВИТИ

1. другостепеној лекарској комисији

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)