

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА _____

Испостава _____

ОЛК - 6

Првостепена лекарска комисија -

Број:

Дана:

На основу члана 148. став 1. тачка 3) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 25/19), првостепена лекарска комисија, по приговору осигураника/послодавца на оцену изабраног лекара

_____, ИД број:
(име и презиме)

о привременој спречености за рад _____ из _____
(име и презиме осигураника) (адреса)

ЛБО:

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Приговор осигураника _____ није основан.
(име и презиме)

2. Потврђује се оцена изабраног лекара.

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор другостепеној лекарској комисији Филијале, ул. _____, може се изјавити у року од **три радна дана** од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.

НАПОМЕНА: Осигурано лице је дужно да о оцени првостепене лекарске комисије обавести изабраног лекара и послодавца.