

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

Образац ИПД

Првостепена/другостепена лекарска комисија
Број:
Дана:

По захтеву _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: у поступку доношења оцене о _____

првостепена/другостепена лекарска комисија је разматрала следећу документацију која је приложена уз захтев.

ИЗВЕШТАЈ О ПРИЛОЖЕНОЈ ДОКУМЕНТАЦИЈИ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Наведена документација након пописа враћена је подносиоцу захтева.

ПРВОСТЕПЕНА/ДРУГОСТЕПЕНА ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

Датум:

(потпис подносиоца захтева)