

ЗАХТЕВ ЗА УПУЋИВАЊЕ НА ЛЕЧЕЊЕ У ИНОСТРАНСТВО

Молим да се одобри _____
(име и презиме осигураног лица, ЈМБГ и ЛБО)

- 1) лечење у иностранству _____;
(назив земље)
- 2) лечење ангажовањем иностраног здравственог стручњака _____
(име и презиме)
- 3) упућивање у _____ ради спровођења дијагностичких поступака,
(назив земље)
односно успостављања дијагнозе;
- 4) упућивање _____ у _____ ради
(назив узорка биолошког материјала) (назив земље)
спровођења дијагностичких поступака, односно успостављања дијагнозе;

према приложеном предлогу стручног конзилијума _____
(назив здравствене установе)

број _____ од _____ . године.

Матична филијала - испостава:

У _____,

Подносилац захтева:

Адреса пребивалишта/боравишта*:

Број телефона:

НАПОМЕНА:

* Подносилац захтева у је обавези да наведе тачну адресу за пријем писмена уколико се иста разликује од адресе у личној карти