



РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО
И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ
ДИРЕКЦИЈА ФОНДА
Београд, др Александра Костића бр. 9

Образац 2-б

Контрола вештачења у **првостепеном** поступку

Број _____

Датум: _____

Место: _____

(име, име једног родитеља и презиме)

ЈМБГ _____, број предмета _____, Филијала _____

/У складу са одредбама члана 93. ст. 2. и 4. Закона о пензијском и инвалидском осигурању ("Службени гласник РС", бр. 34/03, 64/04 – УС, 84/04 - др. закон, 85/05, 101/05 – др. закон, 63/06 – УС, 5/09, 107/09, 101/10, 93/12, 62/13, 108/13, 75/14, 142/14, 73/2018 и 46/19 – УС) даје се

П Р И М Е Д Б А

на Налаз, мишљење и оцену број _____ лекара вештака _____

датог у **првостепеном** поступку, дана _____ године.

Уочене неправилности:

Упутство за њихово отклањање:

ЛЕКАР ВЕШТАК – КОНТРОЛОР
