

(назив здравствене установе)

У _____

Лекарска комисија за давање сагласности на
предлог за утврђивање инвалидности

Датум: _____ године

(име и презиме осигураника)

(Место, улица и број)

Обавештење

За давање сагласности на предлог за утврђивање инвалидности неопходно је медицинску документацију допунити следећим:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Напомена:

Осигураник може поднети захтев за покретање поступка за остваривање права по основу инвалидности код надлежне филијале Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање и без сагласности лекарске комисије, с тим да сноси трошкове поступка вештачења у износу од _____ динара (члан 94. став 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 и 63/06 – УС и Правилник о образовању и начину рада органа вештачења).

М.П.

**ПРЕДСЕДНИК
ЛЕКАРСКЕ КОМИСИЈЕ**
