

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО
И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ**

ДИРЕКЦИЈА

Одељење за контролу налаза

Одсек за контролу налаза у првостепеном поступку

Београд, ул. др Александра Костића бр. 9

Образац 2-а

Број: _____

Датум: _____

Место: _____

(име, име једног родитеља и презиме осигураника)

ЈМБГ _____, број предмета _____, Филијала _____

У складу са одредбама члана 93. ст. 2. и 4. Закона о пензијском и инвалидском осигурању ("Службени гласник Републике Србије, бр. 34/03, 64/04 – УС, 84/04 – др. закон, 85/05, 101/05 – др. закон и 63/06 – УС), даје се

ПРИМЕДБА

на Налаз, мишљење и оцену лекара вештака _____,
број _____, дат у првостепеном поступку, дана _____ године.

ЛЕКАР ВЕШТАК - КОНТРОЛОР
