

Образац ИНО - 2

ОБАВЕШТЕЊЕ О БОЛНИЧКОМ ЛЕЧЕЊУ ИНОСТРАНОГ ОСИГУРАНИКА

Образац ИНО - 2

Назив здравствене установе

Филијала/испостава РФЗО

Бр. здрав. картона/историја болести

Образац по Споразуму

(Број осигурања или други идентификациони број)

ОБАВЕШТЕЊЕ О БОЛНИЧКОМ ЛЕЧЕЊУ ИНОСТРАНОГ ОСИГУРАНИКА

(име и презиме иностраног осигураника или члана породице)

(сродство)

(име и презиме иностраног осигураника) рођ. _____ у _____
(датум) (место рођења)
налази се на лечењу у _____

(назив здравствене установе)

због (дијагнозе) _____

У _____ 20__

(потпис лекара)

М. П.

Назив здравствене установе

Мат. бр.

ФИЛИЈАЛА / ИСПОСТАВА РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

(име и презиме иностраног осигураника или члана породице)

примљен-а је на лечење дана ____ 20__ са предвиђеним трајањем лечења од _____
(дана, недеља, месеци)

У _____, _____ 20__

М.П.

(потпис овлашћеног лица)