



---

---

3. Пратилац у путу: \_\_\_\_\_

(уписати: потребан /није потребан)

4. Врста превоза: \_\_\_\_\_

(уписати: аутобус или воз - други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1.

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2.

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

3.

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. \_\_\_\_\_, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

**Напомена:** За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.