



2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ: \_\_\_\_\_

3. Пратилац за време продужене рехабилитације \_\_\_\_\_  
(уписати: потребан/није потребан)

4. Пратилац у путу: \_\_\_\_\_  
(уписати: потребан/није потребан)

5. Врста превоза: \_\_\_\_\_  
(уписати: аутобус или воз - други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. ЗУ за рехабилитацију
3. стационарној ЗУ ако се осиг. лице директно упућује на продужену рехабилитацију

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: Осигурано лице започиње продужену рехабилитацију по позиву стационарне ЗУ специјализоване за рехабилитацију