

1. **Сагласна** са наставком лечења осигураног лица у _____

_____ (назив здравствене установе)

до _____.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____

ДОСТАВИТИ:

1. здравственој установи - подносиоцу захтева
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1.

(потпис и факсимил)

2.

(потпис и факсимил)

3.

(потпис и факсимил)