



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.