

Образац ОЗ - 11 - ЛК

ПОТВРДА О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЉУ ОСТВАРИВАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА

ИСПОСТАВА _____

Образац ОЗ - 11 - ЛК

- Првостепена лекарска комисија -

Број: _____

Дана: _____ 20__ . г.

ПОТВРДА О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЉУ ОСТВАРИВАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Упућује се _____,

(презиме и име осигураног лица које се упућује)

Број здравствене књижице _____

ЛБО | | | | | | | | | | | | | | | |

ЈМБГ | | | | | | | | | | | | | | | |

у _____

(назив здравствене установе)

РАДИ:* а) АМБУЛАНТНО - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ПРЕГЛЕДА
б) СТАЦИОНАРНОГ ЛЕЧЕЊА

С обзиром на природу болести потребан је превоз следећим превозним средством

Пратилац је - није потребан _____

Потпис и факсимил
председника лекарске комисије

М П

*) Одговарајуће слово заокружити

ПОДАЦИ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕГЛЕДУ - ЛЕЧЕЊУ

1. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	2. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	3. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	4. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)
5. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	6. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	7. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	8. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)
9. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	10. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	11. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)	12. Датум _____ Време _____ _____ (потпис, факсимил и печат)

ОБРАЧУН ТРОШКОВА ПРЕВОЗА

За осигурано лице:

1. превоз од _____ до _____ и натраг дин. _____

За пратиоца:

1. превоз од _____ до _____ и натраг дин. _____

Укупно дин. _____

За исплату дин. _____

(словима динара: _____)

(име и презиме)

Датум _____ 20 ____ године

ПОТПИС ЛИКВИДАТОРА

ПОТПИС КОНТРОЛОРА

Напомена: Сагласан сам да се трошкови превоза исплате на текући рачун број