



- РАДИ:\*            а) АМБУЛАНТНО - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ПРЕГЛЕДА  
                     б) СТАЦИОНАРНОГ ЛЕЧЕЊА  
                     в) ПРОДУЖЕНЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ  
                     г) КОМИСИЈСКОГ ПРЕГЛЕДА

С обзиром на природу болести потребан је превоз следећим превозним средством \_\_\_\_\_

Пратилац је - није потребан \_\_\_\_\_

Потпис и факсимил  
изабраног лекара

МП

\*) Одговарајуће податке заокружити

**ПОДАЦИ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕГЛЕДУ - ЛЕЧЕЊУ**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат) | 2. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат)  | 3. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат)  | 4. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат)  |
| 5. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат) | 6. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат)  | 7. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат)  | 8. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат)  |
| 9. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат) | 10. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат) | 11. Датум _____<br>Време _____<br><br>(потпис, факсимил и печат) | 12. Датум _____<br>Време _____<br><br>(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**

\_\_\_\_\_