

Образац ПЗ

**ПОТВРДА
ДАВАОЦА УСЛУГА О РАЗЛОЗИМА ЗБОГ КОЈИХ ОСИГУРАНО ЛИЦЕ НИЈЕ ПРИМЉЕНО НА
ПРЕГЛЕД, ОДНОСНО МЕДИЦИНСКУ РЕХАБИЛИТАЦИЈУ**

_____	Образац ПЗ
(здравствена установа)	

(место)	

(број и датум)	

ПОТВРДА

Осигураном лицу _____ из _____,
(име и презиме) (место)
_____, ЛБО _____,
(адреса)

број здравствене књижице/потврде _____,
здравствена установа _____ није могла
(назив здравствене установе)

да пружи здравствену услугу _____ у року
(назив здравствене услуге)

од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом изабраног лекара из следећих

разлога:

Потврда се издаје на основу Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС" _____).

М.П.

(потпис директора здравствене установе,
односно овлашћеног лица)