
(давалац услуга)

Образац ПЗ

(место)

(број и датум)

ПОТВРДА

Осигураном лицу _____ из _____,

(име и презиме) (место)

_____, ЛБО _____, број здравствене књижице/потврде

(адреса)

_____, давалац услуге _____

(назив даваоца услуге)

није могао да пружи здравствену услугу _____

(назив здравствене услуге)

у року од 30 дана од дана издавања лекарског упута од стране изабараног лекара
из следећих разлога: _____

_____.

Потврда се издаје на основу члана 66в Правилника о начину и поступку
остваривања права из обавезног здравственог осигурања (пречишћен текст)
(„Службени гласник РС“, бр. 108/08, 112/08-исправка, 11/09, 24/09 и ____).

МП

(потпис директора даваоца услуга,
односно овлашћеног лица)