
име и презиме

место

адреса

ПОЗИВ

осигураном лицу Републичког фонда за здравствено осигурање
на консултативни преглед у здравствену установу

Здравствена установа _____

из _____, адреса _____,

контакт телефон _____, заказала Вам је први консултативни

преглед који ће се обавити дана _____ године.

Позивате се да се јавите свом изабраном лекару-специјалисти гинекологије који ће Вам издати уредан упут за консултативни преглед.

Уколико сте на консултативни преглед упућени у здравствену установу ван седишта матичне филијале потребно је да упут оверите у матичној филијали.

Са собом понесите:

1. Здравствену исправу;
2. Личну карту;
3. Упут;
4. Потврду Комисије за БМПО;
5. Овај позив.

(здравствена установа)

заказује

П Р И Ј Е М

ОСИГУРАНОГ ЛИЦА НА ПРОЦЕС БМПО

Осигурано лице _____

из _____

адреса _____

јмбг _____ лбо _____

Пријем осигураног лица на почетак процеса БМПО ће се обавити дана

О заказаном пријему, здравствена установа ће обавестити и Републички фонд за здравствено осигурање.

број: _____

датум

(потпис одговорног лица)

(М.П.)

(здравствена установа)

издаје

О Б Р А З Л О Ж Е Њ Е

О РАЗЛОГУ ИСКЉУЧЕЊА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА ИЗ ПРОЦЕСА БМПО

Осигурано лице _____

из _____

адреса _____

јмбг _____ лбо _____

Није могуће пружање услуга БМПО из следећих разлога:

број: _____

датум

(потпис одговорног лица)

