

\_\_\_\_\_

(здравствена установа)

Образац ПЗ

\_\_\_\_\_

(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)