



Орган вештачења у **другостепеном** поступку

Филијала:

Број: _____

Датум:

Место:

Захтев поднет | | | | | |

МИШЉЕЊЕ О ПОСТОЈАЊУ МЕДИЦИНСКИХ ЧИЊЕНИЦА ОД ЗНАЧАЈА ЗА РАЧУНАЊЕ СТАЖА ОСИГУРАЊА СА УВЕЋАНИМ ТРАЈАЊЕМ

ЛМБГ/ЛБ | | | | | | | | | | | |

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ:

_____ пол _____
(име, име једног родитеља и презиме)

Број личне карте _____ датум рођења | | | | | |

Место пребивалишта и адреса

2. НАВОДИ ЖАЛБЕ

3. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА БОЛЕСТИ (МКБ 10)

4. ДАТУМ УТВРЂИВАЊА ДИЈАГНОЗЕ

_____ | | | | | |

5. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ МИШЉЕЊА О ПРАВИЛНОСТИ МИШЉЕЊА ОРГАНА ВЕШТАЧЕЊА У ПРВОСТЕПЕНОМ ПОСТУПКУ

М.П. ЛЕКАР ВЕШТАК | |



РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО
И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ
ДИРЕКЦИЈА ФОНДА
Нови Сад, Житни трг 3

Образац 10

Орган вештачења у **другостепеном** поступку

Филијала: _____

Број: _____

Датум: _____

Место: _____

Захтев поднет

--	--	--	--	--	--

**МИШЉЕЊЕ
О ПОСТОЈАЊУ МЕДИЦИНСКИХ ЧИЊЕНИЦА ОД ЗНАЧАЈА ЗА РАЧУНАЊЕ СТАЖА
ОСИГУРАЊА СА УВЕЋАНИМ ТРАЈАЊЕМ**

ЈМБГ/ЛБ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ:

_____ пол

--

(име, име једног родитеља и презиме)

Број личне карте _____ датум рођења

--	--	--	--	--	--

Место пребивалишта и адреса _____

2. НАВОДИ ЖАЛБЕ

3. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА БОЛЕСТИ (МКБ 10)

--

4. ДАТУМ УТВРЂИВАЊА ДИЈАГНОЗЕ

--	--	--	--	--	--

**5. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ МИШЉЕЊА О ПРАВИЛНОСТИ МИШЉЕЊА ОРГАНА ВЕШТАЧЕЊА У
ПРВОСТЕПЕНОМ ПОСТУПКУ**

М.П. _____ ЛЕКАР ВЕШТАК

--	--