



Орган вештачења у **другостепеном** поступку

Број: _____

Датум: _____

Место: _____

Филијала _____

Захтев поднет

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

**МИШЉЕЊЕ
О ПОСТОЈАЊУ НЕСПОСОБНОСТИ ЗА ОБАВЉАЊЕ ПОЉОПРИВРЕДНЕ
ДЕЛАТНОСТИ**

ЈМБГ

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

Лични број

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

1. ЛИЧНИ ПОДАЦИ:

_____ (име, име једног родитеља и презиме) пол

--	--

Број личне карте _____ датум рођења

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

Место пребивалишта и адреса _____

2. БИТНИ НАВОДИ ЖАЛБЕ

3. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА ОСНОВНЕ И ПРИДРУЖЕНИХ БОЛЕСТИ (МКБ 10)

--

4. МИШЉЕЊЕ О ПРАВИЛНОСТИ МИШЉЕЊА ОРГАНА ВЕШТАЧЕЊА У ДРГОСТЕПЕНОМ ПОСТУПКУ

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

М.П.

ЛЕКАР ВЕШТАК

--	--

