



РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО
И ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ
ДИРЕКЦИЈА ФОНДА
Београд, Др Александра Костића 9

Образац 9

Орган вештачења у **првостепеном** поступку

Број: _____

Датум: _____

Место: _____

Филијала: _____

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. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА НА КОЈОЈ СЕ ЗАСНИВА МИШЉЕЊЕ

3. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА БОЛЕСТИ (МКБ 10)

--

4. ДАТУМ УТВРЂИВАЊА ДИЈАГНОЗЕ

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

М.П. **ЛЕКАР ВЕШТАК**

--	--



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

Образац 9

Орган вештачења у **првостепеном** поступку

Број: _____

Датум: _____

Место: _____

Филијала: _____

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. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЈА НА КОЈОЈ СЕ ЗАСНИВА МИШЉЕЊЕ

3. ДИЈАГНОЗА И ШИФРА БОЛЕСТИ (МКБ 10)

--

4. ДАТУМ УТВРЂИВАЊА ДИЈАГНОЗЕ

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

М.П. **ЛЕКАР ВЕШТАК**

--	--