

**ЗАХТЕВ ЗА УПУЋИВАЊЕ НА ЛЕЧЕЊЕ У ИНОСТРАНСТВО**

Молим да се одобри \_\_\_\_\_  
(име и презиме осигураног лица, ЈМБГ и ЛБО)

- 1) лечење у иностранству \_\_\_\_\_;  
(назив земље)
- 2) лечење ангажовањем иностраног здравственог стручњака \_\_\_\_\_  
(име и презиме)
- 3) упућивање у \_\_\_\_\_ ради спровођења дијагностичких поступака,  
(назив земље)  
односно успостављања дијагнозе;
- 4) упућивање \_\_\_\_\_ у \_\_\_\_\_ ради  
(назив узорка биолошког материјала) (назив земље)  
спровођења дијагностичких поступака, односно успостављања дијагнозе;

према приложеном предлогу стручног конзилијума \_\_\_\_\_  
(назив здравствене установе)

број \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_ . године.

Матична филијала - испостава:

\_\_\_\_\_

у \_\_\_\_\_,

Подносилац захтева:

\_\_\_\_\_

Адреса пребивалишта/боравишта\*:

\_\_\_\_\_

Број телефона:

\_\_\_\_\_

НАПОМЕНА:

\* Подносилац захтева у је обавези да наведе тачну адресу за пријем писмена уколико се иста разликује од адресе у личној карти