

ИЗЈАВА

Име и презиме доктора медицине специјалисте породичне медицине:	
Шифра:	
Назив здравствене устенове:	

Ја, _____ ЈМБГ

(име и презиме осигураног лица)

_____, _____

(стална адреса становања)

(контакт телефон)

изјављујем да сам од стране доктора медицине специјалисте породичне медицине информисан о првом раслоложивом/слободном термину за обављање амбулантне радиолошке дијагностике и да сам сагласан-а са заказаним термином у понуђеној здравственој установи са којом Фонд има закључен уговор на територији Републике Српске.

Датум потписивања изјаве

Потпис осигураног лица
