

П Р И Г О В О Р
ПРВОСТЕПЕНОЈ КОМИСИЈИ ЗА ОЦЈЕНУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ
ЗА РАД НА ОЦЈЕНУ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТЕ
ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

ПУТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ _____

Име и презиме осигураника	
Датум рођења	
Адреса становања	
Контакт телефон	

У складу са чланом 77. Закона о обавезном здравственом осигурању подносим приговор на оцјену привремене спријечености за рад дату дана _____ од стране доктора медицине специјалисте породичне медицине _____ која гласи _____

Приговор подносим из сљедећих разлога:

Тражим да ме упутите Првостепеној комисији за оцјену привремене спријечености за рад како би одлучили по овом приговору.

Мјесто и датум

Потпис осигураника

Напомена:

Овај приговор се може уложити у року од 24 сата од давања оцјене доктора медицине специјалисте породичне медицине.

Образац приговора се попуњава у два примјерка од којих осигураник један примјерак подноси здравственој установи у којој је запослен доктор медицине специјалиста породичне медицине која осигуранику без одлагања издаје упутницу за првостепену комисију за оцјену привремене спријечености за рад.

Ради одлучивања по приговору осигураник се, без одлагања, обраћа првостепеној комисији за оцјену привремене спријечености за рад којој уручује други примјерак приговора и упутницу.

Приговор одгађа извршење оцјене доктора медицине специјалисте породичне медицине до доношења налаза, оцјене и мишљења Првостепене комисије која исти доноси у року од 24 сата од подношења овог приговора.