

ИЗЈАВА ЗА ИЗБОР ПРОМЕНА НА ЛЕКАР

- 1 - Општа медицина
- 2 - Гинекологија
- 3 - Општа стоматологија

ИЛ-1

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

_____ (шифра на здравствената установа)

_____ (шифра на работната единица)

_____ (назив на здравствената установа)

ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

_____ (единствен матичен број на граѓанинот)

_____ (број на здравствена легитимација)

_____ (единствен здравствен број на осигуреникот)

_____ презиме

_____ име

_____ улица

_____ пошта

_____ МЕСТО

_____ Дата на избор

ИЗЈАВУВАМ ДЕКА Е:

а) мој лекар

б) лекар на моето дете

_____ презиме на лекарот

_____ име на лекарот

Шифра на лекарот

ИЗЈАВА ЗА ПРЕСТАНОК НА ИЗБОРОТ

_____ причина за престанок

Барањето за престанок го дал:

а. лекарот б. осигуреникот / осигуреното лице

Дата на престанокот

_____ потпис на осигуреник / осигурено лице