ФЗОМ -Образец - ЛУ2

Упат Бр._____

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

ДО

Назив на здравствена установа

Место

Лекар

Факсимил

Термин

Број на лекарски дневник

Л А Б О Р А Т О Р И С К И У П А Т - 2

Се упатува

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

_ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ - _ _

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

Шифра по МКВ-10

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

Вид на здравстена услуга - лабораториска анал

Во _____ _____ 20__ година **МП** Потпис и факсимил на лекар

Упат Бр._____

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник

И З В Е Ш Т А Ј - Л А Б О Р А Т О Р И С К И Н А О Д

На

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

_ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ - _ _

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот лабораториски на

Во _____ _____ 20__ година **МП** Потпис и факсимил на лекар