
(IME I PREZIME/SJEDIŠTE PODNOSIOCA PRIGOVORA)

(ADRESA PREBIVALIŠTA/ SJEDIŠTA I BROJ TELEFONA)

**DRUGOSTEPNOJ LJEKARSKOJ KOMISIJI
ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA
(PREKO IZABRANOG DOKTORA MEDICINE)**

Na osnovu člana 19. stav 3. Pravilnika o postupku i kriterijima za utvrđivanje privremene spriječenosti za rad osiguranika ("Službene novine F BiH broj: 3/17), izjavljujem:

PRIGOVOR

Na Nalaz i ocjenu doktora medicine/Ljekarske komisije broj: _____ od _____ godine kojim je odlučeno o pravu na privremenu spriječenost za rad _____ iz razloga:*

(IME I PREZIME OSIGURANIKA)

***POPUNJAVA PODNOSILAC PRIGOVORA NAVODEĆI U KRATKIM CRTAMA RAZLOGE IZJAVLJIVANJA PRIGOVORA UZ OBAVEZNO NAVOĐENJE OPISA POSLOVA RADNOG MJESTA KOJE OSIGURANIK OBAVLJA**

UZ PRIGOVOR SE OBAVEZNO DOSTAVLJA:

- Nalaz i ocjena doktora medicine/Ljekarske komisije na koji se izjavljuje prigovor
- Raspoloživa medicinska dokumentacija na osnovu koje je utvrđena i vođena privremena spriječenost za rad
- Ocjena radne sposobnosti i invalidnosti nadležnog organa za medicinsko vještačenje zdravstvenog stanja (ukoliko je osiguranik cijenjen)

U _____, dana _____

POTPIS PODNOSIOCA PRIGOVORA

(NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE PRIMARNE
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE)

(AMBULANTA PORODIČNE MEDICINE)

MIŠLJENJE IZABRANOG DOKTORA MEDICINE O PRIVREMENOJ SPRIJEČENOSTI ZA RAD OSIGURANIKA

(IME I PREZIME OSIGURANIKA, MJESTO PREBIVALIŠTA)

U _____, dana _____.

IZABRANI DOKTOR MEDICINE

M.P.

*ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE NAVODEĆI SVOJE MIŠLJENJE U VEZI PRIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD OSIGURANIKA
OBAVEZNO NAVESTI UKOLIKO JE OSIGURANIK UPUĆEN ILI CIJENJEN OD STRANE NADLEŽNOG ORGANA ZA MEDICINSKO VJEŠTAČENJE ZDRAVSTVENOG STANJA

Ovaj prigovor ne odlaže izvršenje nalaza i ocjene izabranog doktora medicine, odnosno Ljekarske komisije.