FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE CRNE GORE

Područna jedinica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Komisiji za lijekove -

ZAHTJEV ZA ODOBRENJE PRIMJENE LIJEKA

Ime i prezime osiguranika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JMB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv lijeka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prilog: konzilijarni izvještaj sa predlogom za odobravanje

 lijeka

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podnosilac zahtjeva

 (mjesto i datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_