

**MINISTARSTVO OBITELJI, BRANITELJA
I MEĐUGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI**

**LIJEČNIČKO POVJERENSTVO ZA
MEDICINSKU REHABILITACIJU**

Broj: _____
Klasa: _____
Urbroj: _____

DATUM: _____

U ZAGREBU

Liječničko povjerenstvo za medicinsku rehabilitaciju na temelju članka 8. Pravilnika o korištenju prava HRVI iz Domovinskog rata na medicinsku, odnosno fizikalnu rehabilitaciju, nakon razmatranja Prijedloga za medicinsku rehabilitaciju za HRVI/HB iz Domovinskog rata

_____ iz _____
(ime, ime jednog roditelja, prezime)

rođen _____

DAJE SUGLASNOST

USKRAĆUJE SUGLASNOST

TRAJANJE MEDICINSKE REHABILITACIJE: _____

UPUĆUJE SE U ZDRAVSTVENU USTANOVU: _____
(naziv, sjedište)

OBRAZLOŽENJE: _____

ČLANOVI POVJERENSTVA:

PREDSJEDNIK POVJERENSTVA:

1. _____

2. _____

3. _____

Potpis pregledane osobe:

Dostaviti:

- HRVI iz Domovinskog rata / HB iz Domovinskog rata
- Podnositelju zahtjeva – na znanje
- Zdravstvenoj ustanovi u koju se HRVI / HB upućuje
- U predmet