

ЛЕКАРСКИ ИЗВЕШТАЈ

ШТЕМБИЛ – ЗАВЕРЕНО ВО АРХИВА

ЗА СМРТТА НА ОСИГУРЕНИКОТ	Име и презиме	Дата на настанување на смрт
	Адреса	Место
	Непосредна причина за смртта:	
	Македонски _____ _____ _____	
	Латински _____ _____ _____ _____	

Потпис на лекар:

Потпис на лекар:

Место и датум на поднесување: _____ МП _____