



**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE – STRUČNO POVJERENSTVO**

**POZITIVNO mišljenje Stručnog povjerenstva**

\_\_\_\_\_  
*potpis člana Povjerenstva*

\_\_\_\_\_  
*potpis člana Povjerenstva*

\_\_\_\_\_  
*potpis člana Povjerenstva*

**potrebna dopuna dokumentacije**

(upisati dokumentaciju koju je potrebno dodatno dostaviti)

\_\_\_\_\_  
*potpis člana Povjerenstva koji je zatražio dopunu*

**NEGATIVNO mišljenje Stručnog povjerenstva**

(obrazložiti razlog negativnog mišljenja o opravdanosti primjene pomagala)

\_\_\_\_\_  
*potpis člana Povjerenstva*

\_\_\_\_\_  
*potpis člana Povjerenstva*

\_\_\_\_\_  
*potpis člana Povjerenstva*

**\* interni obrazac Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za pomoć u radu Stručnog povjerenstva**