РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
Филијала: _____
Испостава: _____
Број: _____
Датум: _____ 20 _____ год.

ОБРАЗАЦ УП-2

На основу члана _____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____ годину (“Сл. гласник РС“ бр ____) и члана _____ Правилника о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања (“Сл. гласник РС“ бр. ____), а по поднетом захтеву _____ из _____, издаје се:

П О Т В Р Д А
ЗА КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ПУНОМ ИЗНОСУ НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1) _____ из _____
(име и презиме) (место, улица и број)

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| и

2) Члановима породице *:

Рд Бр	Име и презиме	Сродство	ЈМБГ	ЛБО
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

3) Потврда се издаје са роком важности до 31. децембра 2017. године, а најкасније до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2018. годину.

4) Потврда важи уз исправу о здравственом осигурању, односно потврду - ПЗК.

Овлашћено лице

МП _____

* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке

51016.26/52