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

ОБРАЗАЦ УП-3

На основу члана _____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____ годину („Службени гласник РС" број _____), а по поднетом захтеву _____ из _____, издаје се:

П О Т В Р Д А

О ПРЕСТАНКУ ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ У ТОКУ _____. ГОДИНЕ

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

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

Има право на здравствену заштиту у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације од _____ до 31. децембра _____. године, због плаћене партиципације у износу који је већи од највишег годишњег износа партиципације утврђеног за_____. годину.

Потврда важи уз исправу о осигурању.

Овлашћено лице

М.П. _____