

Филијала: _____

Испостава: _____

Број: _____

Датум: _____ 20 ____ год.

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 ____), подносим:

ЗАХТЕВ**ЗА КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ПУНОМ ИЗНОСУ НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА**

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

ЈМБГ [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |] ЛБО [| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |]

2) Изјављујем да *:

2.1 живим сам 2.2 живим у заједничком домаћинству са члановима породице и то:

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

3) Уз захтев подносим за себе и чланове породице следеће доказе:

НАПОМЕНА:

Чланови породице из тач. 2) и 3) овог захтева су: супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, као и родитељи, под условом да живе у заједничком домаћинству.

У _____ (датум и место)

Подносилац захтева

_____ (потпис)

* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке