

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Филијала _____

Испостава _____

Број: _____

□□ □□ □□□□

датум

Образац ПЖД

ПОТВРДА

Подаци о лицу коме се издаје потврда:

Име, Име једног родитеља и Презиме:

Улица, Број, Улаз, Стан:

Место, Општина пребивалишта:

Поштански број:

ЈМБГ:

Пол:

Датум рођења:

Лични број:

Ознака основа осигурања:

Назив основа осигурања:

Назив државе:

Подаци о носиоцу осигурања:

Име и Презиме:

ЈМБГ:

Лични број:

Члан породице:

Сродство лица коме се издаје

потврда са носиоцем осигурања:

Подаци о обвезнику доприноса:

Назив и седиште:

Назив места седишта:

Регистарски број:

ПИБ:

ЈМБГ обвезника доприноса:

Број здравствене књижице, потврде или картице за лице коме се издаје потврда

□□□□□□□□□□□□□□ *

Потврда се издаје ради коришћења здравствене заштите и важи најкасније до

□□ □□ □□□□ године.
(датум)

Потврда се користи уз личну карту за лица која су по закону обавезна да имају личну карту.

ОВЛАШЋЕНО ЛИЦЕ

М.П.

Име и презиме

ПОТПИС