

Назив Организације корисника пензије _____

Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање
Филијала _____**ЗАХТЕВ ЗА ПРЕНОС СРЕДСТАВА ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ КОРИСНИЦИМА ПЕНЗИЈА У ХРАНИ
ЛЕКОВИМА, МЕДИЦИНСКОМ МАТЕРИЈАЛУ, ОГРЕВУ И СРЕДСТВИМА ЗА ХИГИЈЕНУ**

Ред. Бр.	НАЗИВ ДОБАВЉАЧА И БРОЈ РАЧУНА ИЛИ ПРЕДРАЧУНА	ВРСТА РОБЕ (ХРАНА, ЛЕКОВИ, МЕДИЦИНСКИ МАТЕРИЈАЛ, ОГРЕВ ИЛИ СРЕДСТВА ЗА ХИГИЈЕНУ)	ИЗНОС НА РАЧУНУ
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ПРИЛОГ: Рачуни или предрачуни добављача.Место и датум

МП

Потпис лица овлашћеног за заступање
