ОБРАЗАЦ УП-3

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
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 ("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

О ПРЕСТАНКУ ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ У ТОКУ 2017. 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 2017. године, због плаћене партиципације у износу који је већи од највишег годишњег износа партиципације утврђеног за 2017. годину.

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

Овлашћено лице

МП _____