

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. _____), 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