Образац УП-2

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:

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

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

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2) Члановима породице*:

Рд. бр.	Име и презиме	Сродство	ЈМБГ	ЛБО
1.			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2.			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3.			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
4.			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
5.			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
6.			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3) Потврда се издаје са роком важности до 31. децембра 2018. године, а најкасније до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2019. годину.

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

Овлашћено лице

МП _____

***** Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке