

## ИЗЈАВА О НАКНАДИ ТРОШКОВА

Изјављујем да ћу Републичком фонду за здравствено осигурање накнадити трошкове здравствене заштите за случај да не остварим право на:

(ЗАОКРУЖИТИ ЈЕДАН ОД ПОНУЂЕНИХ ОДГОВОРА)

1. пензију, односно новчану накнаду према прописима о пензијском и инвалидском осигурању,  
или
2. новчану накнаду по прописима о запошљавању код Националне службе за запошљавање.

Изјаву дајем под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

У \_\_\_\_\_, дана, \_\_\_\_\_ године.

\_\_\_\_\_  
Име и презиме

\_\_\_\_\_  
ЈМБГ или ЛБО

\_\_\_\_\_  
Адреса становања