

**ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ МАРКИЦА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА ЗА ОВЕРУ
ЗДРАВСТВЕНИХ КЊИЖИЦА**

Датум: _____

Подаци о организационој јединици Републичког фонда за здравствено осигурање

Филијала: _____

Испостава: _____

Подаци о обвезнику уплате доприноса

Назив: _____

Адреса седишта: _____

ПИБ: _____

Матични број: _____

Подаци о броју потребних маркица

Укупан број запослених и чланова породице
којима се оверава здравствена књижица и
за које су потребне маркице: _____

Подаци о особи овлашћеној за преузимање маркица

Име и презиме: _____

ЈМБГ или ЛБО: _____

Број личне карте или пасоша: _____

Контакт телефон: _____

М.П.

Потпис овлашћеног лица
подносиоца захтева
