

ОБРАЗАЦ КЗО – П1

\_\_\_\_\_   
 датум подношења захтева

**ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ  
КАРТИЦЕ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА (КЗО)**

**Општи подаци**

Име \_\_\_\_\_  
Име једног родитеља \_\_\_\_\_  
Презиме \_\_\_\_\_  
ЛБО \_\_\_\_\_ ЈМБГ \_\_\_\_\_  
Датум ознака \_\_\_\_\_ рођења Пол м ж Језик \_\_\_\_\_ Језик \_\_\_\_\_  
Држава \_\_\_\_\_  
Општина \_\_\_\_\_  
Место \_\_\_\_\_ ПТТ број \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_ Број \_\_\_\_\_ Улаз \_\_\_\_\_ Стан \_\_\_\_\_

**Подаци о картици**

\_\_\_\_\_   
 Датум важења Оверена до Трајна овера да не

**Подаци о носиоцу осигурања**

Члан породице да не Сродство \_\_\_\_\_  
Име носиоца \_\_\_\_\_  
Презиме \_\_\_\_\_ носиоца \_\_\_\_\_  
ЛБО \_\_\_\_\_ ЈМБГ \_\_\_\_\_

**Подаци о осигурању**

Основ осигурања \_\_\_\_\_  
Ознака основа осигурања \_\_\_\_\_ Датум почетка осигурања \_\_\_\_\_

**Подаци о обвезнику плаћања доприноса**

Назив (име и презиме) \_\_\_\_\_  
Седиште \_\_\_\_\_  
ПИБ – ЈМБГ (опд) \_\_\_\_\_  
Делатност \_\_\_\_\_

**Напомена:** Захтев садржи податке из матичне евиденције Републичког фонда за здравствено осигурање на дан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Потпис осигураника