

Републички фонд за
здравствено осигурање

ОБРАЗАЦ УП-3

Филијала: _____

Испостава: _____

Број:

Датум

На основу члана ____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____ годину ("Службени гласник РС" бр ____) и члана _____ Правилника о Листи лекова који се прописују и издају на терет средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС" бр. ____), а по поднетом захтеву _____ из _____, издаје се:

ПОТВРДА

О ПРЕСТАНКУ ПЛАЋАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ У ТОКУ 2015. ГОДИНЕ

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

ЈМБГ

ЛБО

Има право на здравствену заштиту у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације од _____ до 31. децембра 2015. године, због плаћене партиципације у износу који је већи од највишег годишњег износа партиципације утврђеног за 2015. годину

Потврда важи уз здравствену књижицу.

Овлашћено лице

МП
