

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 („Службени гласник РС” број \_\_\_\_), подносим:

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

1) \_\_\_\_\_ (име и презиме) \_\_\_\_\_ (место, улица и број)

ЈМБГ [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ] ЛБО [ | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

2) Изјављујем да \*:

2.1 живим сам      2.2 живим у заједничком домаћинству са члановима породице и то:

Рд Бр	Име и презиме	Сродство	ЈМБГ	ЛБО
1.			[                                   ]	[                                   ]
2.			[                                   ]	[                                   ]
3.			[                                   ]	[                                   ]
4.			[                                   ]	[                                   ]
5.			[                                   ]	[                                   ]
6.			[                                   ]	[                                   ]

3) Уз захтев подносим за себе и чланове породице следеће доказе:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## НАПОМЕНА:

Чланови породице из тач. 2) и 3) овог захтева су: супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, као и родитељи, под условом да живе у заједничком домаћинству.

У \_\_\_\_\_ (датум и место)

Подносилац захтева

\_\_\_\_\_ (потпис)

\* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке