РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
Филијала: _____
Испостава: _____
Број: _____
Датум: _____ 20 _____ год.

ОБРАЗАЦ УП-2

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 _____), а по поднетом захтеву_____ из _____, издаје се:

П О Т В Р Д А
ЗА КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ПУНОМ ИЗНОСУ
НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

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

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| и

2) Члановима породице *:

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

3) Потврда се издаје са роком важности до _____ године, а најкасније до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____. годину.

4) Потврда важи уз исправу о осигурању.

Овлашћено лице

М.П. _____

* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке