**Републички фонд за здравствено осигурање**
**Филијала: _____**
**Испостава: _____**
**Број:**
**Датум**

**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" 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:

# 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)

и

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

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 31. децембра 2013. године, а најкасније до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2014. годину.

4) Потврда важи уз здравствену књижицу.

Овлашћено лице

МП

_____

* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајући податак